Health Canada Santé Canada

Evaluation Group

Strategic Planning and Review Directorate

Policy and Consultation Branch

Groupe de l'évaluation

Direction de la planification stratégique et de l'examen

Direction générale des politiques et de la consultation

ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE TABAC

RAPPORT FINAL

Juillet 1998

Canada

MISSION STATEMENT

The Evaluation Group helps Health Canada serve Canadians better by providing objective information and advice about the effectiveness of departmental activities and services.

ÉNONCÉ DE MISSION

Le Groupe de l'évaluation aide Santé Canada à mieux servir les Canadiens et les Canadiennes en offrant une information et des conseils objectifs sur l'efficacité des activités et des services du Ministère.

Résumé

Le présent rapport fait état des résultats de l'évaluation de la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT). L'évaluation a été menée selon les paramètres approuvés en novembre 1996 par tous les sous-ministres adjoints de Santé Canada responsables de la mise en oeuvre de la SRDT et par le sous-ministre délégué. L'évaluation a été coordonnée par la Division de la planification stratégique et de l'évaluation, Direction de la planification stratégique et de l'examen, Direction générale des politiques et de la consultation, Santé Canada.

La SRDT s'inscrivait dans le Plan national de lutte à la contrebande (PNLC), lancé par le gouvernement fédéral le 8 février 1994. La stratégie, qui devait durer jusqu'au 31 mars 1997, visait à réduire au minimum les répercussions négatives prévues de la réduction de la taxe sur la consommation de produits du tabac au moyen de programmes d'éducation du public et de mesures d'application de la loi visant surtout les groupes les plus susceptibles de commencer à consommer du tabac ou à accroître leur consommation après une réduction du prix. On a chargé Santé Canada de mettre en oeuvre la stratégie.

Au total, 104 millions de dollars furent dépensés dans le cadre de la SRDT.

Pour la mise en oeuvre de la stratégie, Santé Canada a élaboré un ensemble de programmes et d'activités visant essentiellement à aider les non-fumeurs à vivre sans fumée (prévention), à encourager et à aider les personnes qui veulent arrêter de fumer (cessation) et à protéger la santé et les droits des non-fumeurs (protection). Ces activités touchaient les domaines suivants :

1. législation et application;
2. éducation et sensibilisation du public;
3. initiatives communautaires;
4. accès à l'information;
5. versement de contributions aux peuples autochtones;
6. promotion du message;
7. recherche;
8. initiatives internationales, évaluation et coordination.

Les jeunes, les femmes, d'autres groupes prioritaires précis et le public ont été cernés à titre de groupes cibles. Toutes les directions générales de Santé Canada ont participé à la mise en oeuvre de la SRDT. C'est la Direction générale des politiques et de la consultation qui s'est chargée de la coordination et de l'évaluation des activités de Santé Canada dans le cadre de la SRDT.

Les objectifs de l'évaluation

Idéalement, on devrait évaluer la SRDT en fonction de son incidence sur l'usage du tabac. Toutefois, une telle évaluation n'était pas possible. Premièrement, on a mis en oeuvre la SRDT à une époque où de nombreuses autres activités antitabagisme avaient lieu : il est donc impossible d'isoler et de quantifier sa contribution au chapitre de la réduction du nombre de fumeurs et de la consommation de tabac. Deuxièmement, au moment de commencer l'évaluation, la SRDT

n'existait que depuis deux ans et demi, ce qui est généralement considéré comme trop court pour déterminer si un programme a réalisé ses objectifs (p. ex., changer le comportement des gens). C'est pourquoi l'évaluation porte essentiellement sur les initiatives qui ont été lancées, les résultats obtenus et l'incidence de ces résultats sur le groupe cible (p. ex. : fumeurs, non-fumeurs, employeurs, détaillants, etc.).

La méthode d'évaluation

La méthode d'évaluation retenue consistait à examiner chaque domaine d'activité pour voir ce qui a été accompli, à déterminer si les activités respectaient les objectifs d'ensemble de la SRDT et à cerner des preuves que les objectifs intermédiaires avaient été réalisés. Ces examens ont été confiés en sous-traitance à des entreprises d'experts-conseils indépendantes.

Jamieson, Beals, Lalonde Inc. a procédé à l'évaluation des volets Éducation et sensibilisation du public, Initiatives communautaires et Accès à l'information.

Ekos Research Associates a examiné le volet Recherche, organisé des groupes de discussion avec des représentants des organismes autochtones qui ont reçu des contributions de la Direction générale des services médicaux, et interrogé des agents de Santé Canada, des organismes non gouvernementaux (ONG) et d'autres représentants d'organismes externes et agents du gouvernement provincial qui participent à la lutte contre le tabagisme.

Madhu Joshi & Associates a examiné les données déjà obtenues à l'occasion de divers sondages qui offrent des renseignements concernant des indicateurs plus larges, comme l'importance de l'usage de la cigarette et de la consommation, la sensibilisation du public à l'égard des dangers du tabagisme et de la fumée de tabac dans l'environnement (FTE), les changements apportés aux règlements municipaux et aux politiques antitabac dans les écoles et dans d'autres établissements. Le but de cette étude était de déterminer l'évolution de la situation d'ensemble du tabagisme au Canada.

La Direction générale de la protection de la santé (DGPS) a octroyé un contrat à Goss Gilroy Inc. afin que cette entreprise évalue l'impact du programme de mise en application des lois sur le tabac établi par la DGPS.

La dernière étape du processus consistait à résumer les conclusions de toutes ces études et à les présenter à un groupe d'experts dans des domaines liés à la lutte contre le tabagisme afin d'obtenir leur point de vue et leurs suggestions.

La méthode préconisée pour l'évaluation respecte le cadre d'évaluation élaboré pour la SRDT en 1994.

Résultats de l'évaluation

Conception et ressources des programmes

Les initiatives mises en oeuvre dans le cadre de la SRDT respectaient les objectifs de la stratégie et les orientations générales du Ministère et du gouvernement fédéral. On a aussi conclu que la sélection des groupes cibles était convenable, même si de nombreuses personnes interrogées estimaient qu'on aurait dû consacrer une plus grande part des ressources aux jeunes.

La vaste majorité des répondants considérait que les ressources affectées étaient plus que convenables, mais les représentants des Premières nations estimaient que les montants qui leur avait été attribués n'étaient pas convenables, compte tenu de l'ampleur du problème du tabagisme parmi les Autochtones. Même si les opinions étaient mitigées en ce qui concerne la répartition des ressources entre les activités de prévention, de protection et de cessation, la plupart des répondants semblaient croire que l'accent devrait porter sur la prévention.

Législation et application

La *Loi sur la vente de tabac aux jeunes* (LVTJ) est entrée en vigueur le 8 février 1994. Cette loi vise à bloquer l'accès des jeunes aux produits du tabac. Au début de 1994, la Direction générale de la protection de la santé, responsable de l'application des dispositions de la loi, a lancé une campagne visant à informer les vendeurs de tabac des obligations que leur confère la LVTJ et a élaboré et mis en oeuvre le programme national d'application de la loi.

Deux sondages nationaux menés en 1995 et en 1996 pour la Direction générale de la protection de la santé reflètent un niveau de sensibilisation élevé des détaillants à l'égard des exigences de la loi, comme les limites d'âge, les preuves d'âge, les enseignes et les amendes, et révèlent que le niveau de sensibilisation a augmenté entre 1995 et 1996, ce qui indique que la campagne d'information a réussi. Voici quelques exemples d'augmentation du niveau moyen de sensibilisation à l'égard de diverses questions entre 1995 et 1996 : limites relatives à l'âge légal, de 84 p. 100 à 87 p. 100; exigence selon laquelle on doit afficher l'âge limite dans les magasins offrant des produits du tabac, de 87 p. 100 à 91 p. 100; et amendes découlant de la violation de la loi, de 85 p. 100 à 93 p. 100.

De 1994 à 1997, on a dépensé 11,1 millions de dollars dans le cadre du programme fédéral d'application de la loi, dont 2,8 millions de dollars provenaient des provinces qui s'étaient engagées à participer à l'application conjointe des lois provinciales et fédérales. Au moment de l'évaluation, six provinces avaient conclu une entente avec le gouvernement fédéral afin d'assurer l'application de la LVTJ. Les résultats des sondages nationaux menés en 1995 et en 1996 concernant le niveau de conformité avec la LVTJ indiquent que, en 1996, 60,5 p. 100 des détaillants respectaient les dispositions relatives à la vente aux mineurs, soit une augmentation de 12,6 p. 100 par rapport au taux obtenu en 1995 (47,9 p. 100).

Il y a des preuves, toutefois, selon lesquelles il n'y a eu ni réduction de l'accès des jeunes aux cigarettes, ni baisse subséquente du tabagisme chez les jeunes, et ce, malgré l'augmentation de la conformité des détaillants partout au pays. Les tendances des dernières années indiquent une hausse du tabagisme chez les jeunes.

Les auteurs de l'évaluation ont conclu qu'il existe un besoin permanent à l'égard du programme fédéral d'application de la loi. On est responsable d'assurer l'application des lois, et on doit procurer des moyens d'exécuter la loi fédérale (ou les lois provinciales) relatives au tabac. Si on interrompt les activités liées à la conformité, on craint fort que le taux de conformité ne diminue.

Programme d'éducation et de sensibilisation du public (PESP)

Ce volet regroupe une diversité d'activités, notamment la recherche et le développement des ressources. Il s'agit de projets de prévention, de cessation et de protection destinés aux groupes cibles précis de la SRDT, y compris les groupes prioritaires. Ils devaient être conçus et mis en oeuvre en coopération ou en partenariat avec d'autres organismes (écoles, ONG, entreprises, syndicats, Premières nations, etc.) ou avec des groupes professionnels (médecins, enseignants, infirmières, etc.).

Un examen approfondi d'un échantillon de trente projets (sur 146) a permis de conclure que tous les projets examinés respectaient les objectifs de la SRDT en ce qui concerne la prévention, la cessation et la protection. On a aussi conclu que le programme :

- a apporté des connaissances valides à l'égard de questions naissantes ou négligées au chapitre de la recherche, comme la FTE et les différences de connaissances, d'attitudes et de comportement entre les sexes à l'égard de la consommation du tabac, etc.;

- reflète un engagement envers l'établissement de programmes structurés et de qualité;

- a permis d'acquérir des connaissances favorisant l'amélioration des méthodes et des stratégies pour rejoindre les groupes prioritaires.

Il est difficile d'évaluer précisément la contribution stratégique d'un projet donné à l'égard des enjeux et (ou) populations prioritaires de la SRDT. Même s'il n'y a aucune preuve de double emploi ou de chevauchement injustifié, il aurait été utile d'élaborer, dès le début de la SRDT, un plan stratégique, s'assortissant d'un mécanisme de contrôle et de partage des renseignements, afin de créer une plus grande synergie et une orientation plus claire.

Les personnes (conseillers de Santé Canada, entrepreneurs et autres intervenants) interrogées sur les projets du PESP ont constamment appuyé les types de méthodes préconisées dans le cadre du programme et fait valoir la pertinence de projets comme ceux du PESP en ce qui concerne l'amélioration de l'éducation et de la sensibilisation du public à l'égard de la consommation de tabac et du contrôle. Les répondants estiment qu'on doit poursuivre la recherche, continuer de partager les renseignements et maintenir les programmes et les activités au-delà de ce stade

expérimental initial, car les enjeux abordés par la SRDT sont encore très pertinents pour les Canadiens, les besoins des populations prioritaires existent encore et d'autres sources de financement n'ont pas été repérées.

Programme d'initiatives communautaires

Dans le cadre de la SRDT, on a procuré un financement limité dans le temps (des contributions) à des projets locaux, régionaux et nationaux qui stimulent et renforcent la capacité des collectivités et des organismes communautaires de cerner les enjeux liés au tabagisme et de s'y attaquer. On a financé deux cent trente-quatre (234) projets communautaires dans le cadre du programme d'initiatives communautaires (PIC), pour un financement total de 20 millions de dollars.

Aux fins de la présente évaluation, on a examiné un échantillon aléatoire représentatif de 40 projets du PIC, et on a conclu que, dans l'ensemble, les projets du PIC respectent les objectifs généraux de la SRDT et satisfont généralement aux critères initiaux de financement du PIC. Les projets s'assortissaient d'une combinaison d'objectifs liés à la prévention, à la cessation et à la protection. En général, les projets s'inscrivant dans le PIC avaient réalisé, ou étaient en voie de réaliser, leurs objectifs à court terme concernant les résultats escomptés et leur capacité de rejoindre leur public cible.

Le PIC a contribué à améliorer les capacités de développement des collectivités, a entraîné des retombées dans d'autres aspects de la vie des citoyens (p. ex. : amélioration de l'estime de soi et de la confiance en soi des membres des groupes prioritaires), et a amélioré la vie communautaire (p. ex. : le programme a favorisé l'établissement de règlements municipaux concernant la lutte contre le tabagisme). Selon les résultats d'un sondage indépendant mené au nom du programme, les projets du PIC auraient rejoint plus de 350 000 personnes grâce à des activités de formation, à des conférences sur le renoncement au tabac, à des expositions, à des présentations, etc. On a calculé que, pour chaque dollar de financement consenti dans le cadre du PIC, on a obtenu 23 cents de ressources additionnelles, sous forme de bénévolat, d'appuis non financés et d'autres sources de financement.

On dispose de nombreux renseignements concernant les activités des projets, mais, malheureusement, il y a peu d'information quant à l'effet de ces activités sur les populations visées. Un objectif clé du financement communautaire est de stimuler la capacité à l'échelon local, ce qui suppose le maintien des activités lorsque le financement gouvernemental prend fin. Plus de 90 p. 100 des projets s'attendent à maintenir leurs activités, mais, dans la plupart des cas, sur une échelle réduite. Puisque le financement du PIC représente plus de 80 p. 100 des ressources des projets, il pourrait être difficile pour eux de poursuivre leurs activités, même de manière réduite.

Accès à l'information

Afin d'améliorer la divulgation et l'échange de renseignements liés au tabagisme, la SRDT a fourni un financement supplémentaire au Centre national de documentation sur le tabac et la santé (CNDTS). Santé Canada a contribué 3,75 millions de dollars de financement de la SRDT au CNDTS sur une période de trois ans, pour le fonctionnement et l'administration du CNDTS. Cela représente plus de 90 p. 100 du budget du CNDTS.

Le CNDTS a utilisé les fonds de la SRDT pour étendre son stock initial de produits et services de base s'inscrivant dans la SRDT, ajouter de nouveaux produits et services et accroître la promotion de ces produits et services. Même si le mandat du CNDTS a été élargi afin de prévoir la prestation de services au grand public pour satisfaire aux critères de financement de Santé Canada, il n'en demeure pas moins que les intervenants en matière de lutte contre le tabagisme sont les principaux clients du CNDTS. Les organismes sans but lucratif demeurent le principal groupe de clients du CNDTS, suivis des services de santé publique et des ministères de tous les ordres de gouvernement.

Des sondages menés auprès des clients révèlent que ces derniers sont très satisfaits des services dispensés par le Centre de documentation. Il semble que les intervenants en matière de lutte contre le tabagisme s'entendent généralement pour dire qu'il existe un besoin permanent à l'égard des types de services offerts par le Centre de documentation. Le montant du financement et le rôle du CNDTS à titre d'organe permanent de divulgation de renseignements sur le tabagisme demeurent des enjeux clés et, au moment de l'évaluation, faisaient encore l'objet de discussions entre le CNDTS et Santé Canada.

Contributions aux peuples autochtones

Dans le cadre de la SRDT, on a octroyé près de 5,1 millions de dollars aux Premières nations et aux Inuit pour la mise en oeuvre d'activités antitabagisme. De ce montant, 3,5 millions de dollars ont été attribués aux organismes autochtones nationaux pour l'établissement de projets à l'échelle du pays, et 1,6 million de dollars ont été affectés aux projets communautaires autochtones. Ce programme de contribution a été administré par la Direction générale des services médicaux. Au total, on dénombrait quinze projets d'envergure nationale et 104 projets communautaires ou locaux.

On a tenu trois discussions de groupes aux fins de la présente évaluation, soit une à Ottawa, une à Thunder Bay et une autre à Saskatoon. Tous les participants provenaient des collectivités des Premières nations et des Inuit et participaient à des activités s'inscrivant dans la SRDT. Le groupe d'Ottawa était constitué de membres d'organismes nationaux, et les deux autres groupes accueillaient des membres d'organismes communautaires ou tribaux.

Tous les participants des groupes de discussion étaient au courant de la SRDT, mais ceux qui oeuvraient à l'échelon national étaient bien plus au courant de l'étendue, de l'histoire et de la fin prévue de la SRDT que ceux qui évoluent au sein d'organismes communautaires ou tribaux. À

l'échelon national, les contributions ont été affectées à la recherche, au développement des ressources et à la formation en matière de lutte contre le tabagisme à l'échelon communautaire. Les projets communautaires prévoyaient la tenue d'activités comme des concours d'affiches, la conception de matériel antitabagisme et la rédaction de bulletins. Ces activités étaient surtout axées sur le renoncement au tabac et, dans une moindre mesure, sur la prévention. En général, les jeunes étaient le principal groupe cible à l'échelon communautaire.

Selons les participants des groupes de discussion, les projets communautaires, notamment les ateliers à l'échelon de la collectivité ou du conseil tribal, ont réussi à sensibiliser le public concernant les usages non traditionnels du tabac. On a aussi signalé que la SRDT a permi de renforcer la capacité de maintenir les efforts de sensibilisation. Selon certains participants, la SRDT a grandement influencé les centres de santé, qui accordent maintenant une plus grande importance aux enjeux liés au tabagisme.

En général, les participants, à l'échelon national et les participants des conseils tribaux, étaient satisfaits de la gestion de la SRDT par Santé Canada. Ils ont affirmé n'avoir connu aucune difficulté en ce qui concerne la liaison avec les agents de la DGSM et les exigences en matière de rapport. Toutefois, les participants qui évoluent à l'échelon communautaire se sont dits insatisfaits à l'égard des trois points suivants : a) l'absence de consultations avant la mise en oeuvre de la stratégie; b) l'affectation des fonds; et c) les exigences en matière de rapport, qu'ils ont jugé trop exigeantes.

Puisque d'autres questions touchant la santé et les problèmes sociaux sont considérés comme plus importants par de nombreuses personnes, le tabagisme, bien souvent, n'est pas perçu comme une priorité; on estime que, sans financement comme celui qu'offre la SRDT, le tabagisme reprendrait sa place parmi les problèmes de santé non prioritaires pour les peuples autochtones. Tous les participants estiment que le niveau de financement ne permet pas de s'attaquer à un problème aussi important, et que toute stratégie de lutte contre le tabagisme devrait durer de cinq à dix ans.

Promotion du message

Pour favoriser la réalisation des objectifs de la SRDT, Santé Canada a lancé deux campagnes médiatiques, en 1995 et en 1996. Les campagnes ont été élaborées par la Direction de la recherche, de la politique des programmes et de la planification, Division des partenariats et du marketing, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé. Les campagnes de 1995 et de 1996 visaient principalement les jeunes âgés de 11 à 17 ans. L'objectif général consistait à enlever au tabagisme son caractère de « normalité » en faisant connaître les avantages d'une société sans fumée. On a aussi présenté les effets nuisibles de la FTE.

On a entrepris des études de suivi afin de déterminer l'impact des campagnes sur les connaissances, les attitudes et les comportements. Les auteurs de ces études ont conclu qu'un pourcentage très élevé d'adultes et d'adolescents connaissent les effets nuisibles du tabac sur la santé et les effets de la FTE sur les bébés et les enfants. De même, un pourcentage très élevé de

répondants estiment que les annonces de Santé Canada ont clairement fait passer le message en ce qui concerne la santé des fumeurs. Toutefois, on n'a constaté aucun changement significatif au chapitre des croyances et des attitudes envers le tabagisme entre 1995 et 1996.

Environ 15 à 20 p. 100 des fumeurs adultes et des non-fumeurs et à peu près 40 p. 100 des fumeurs adolescents croient que le tabac n'engendre pas une dépendance aussi forte que d'autres drogues, comme la cocaïne et l'héroïne. Il y a probablement d'autres occasions d'informer les jeunes adolescents de l'accoutumance relative qu'engendre le tabac.

En raison des nombreuses campagnes antitabagisme tenues avant et pendant la SRDT, il n'est pas possible d'attribuer la sensibilisation du public et les changements d'attitude à une campagne particulière (y compris la SRDT).

Recherche

Outre les recherches s'inscrivant dans le Programme d'éducation et de sensibilisation du public, 25 projets de recherche au total ont été financés dans le cadre de la SRDT : onze par l'entremise de la Direction générale de la protection de la santé, et quatorze dans le cadre du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS). L'un des objectifs des activités de recherche financées dans le cadre de la SRDT consistait à obtenir des renseignements qui pourraient contribuer à la conception de programmes et à l'évaluation d'autres volets de la SRDT. Au moment de la présente évaluation, neuf des onze projets de la DGPS et cinq des 14 projets s'inscrivant dans le PNRDS étaient terminés. On a affecté 4,5 millions de dollars aux projets de recherche de la DGPS et 2,8 millions de dollars à ceux qui s'inscrivent dans le PNRDS.

Pour la DGPS et le PNRDS, la vaste majorité des projets de recherche étaient d'ordre descriptif : sondages, analyse de données secondaires, examens de la documentation, groupes de discussion, analyse économétrique de données existantes et entrevues.

Les projets de recherche de la DGPS furent attribués à des sous-traitants et s'assortissaient d'objectifs précis. Par exemple, on a mené un sondage afin d'évaluer les connaissances des détaillants concernant la *Loi sur la vente de tabac aux jeunes* et pour évaluer l'impact du programme d'application de la loi. D'autres projets visaient à nous permettre de mieux comprendre l'attitude des enfants et des jeunes âgés de 10 à 19 ans à l'égard du tabagisme, ainsi que leur usage des produits du tabac, ou d'élaborer des politiques, des projets de loi ou des règlements.

Les projets s'inscrivant dans le PNRDS ont été sélectionnés en fonction du mérite scientifique à l'occasion d'un appel de projets. Même si la conception de programmes ou l'évaluation des volets de la SRDT ne figuraient pas explicitement parmi les objectifs, on a néanmoins tenu compte des objectifs de la SRDT dans le processus de financement.

On considère généralement que les recherches menées dans le cadre de la SRDT ont permis d'obtenir des données de qualité, et certaines données nous laissent croire que les résultats ont été utilisés. On dit que l'Enquête sur le tabagisme au Canada et l'Enquête sur l'usage du tabac chez les jeunes ont fourni d'excellentes données. De plus, les recherches soutenues par la SRDT ont permis de cerner d'autres domaines devant faire l'objet de recherches.

Les membres du groupe d'experts reconnaissent l'ampleur des recherches entreprises, mais considèrent que la divulgation des résultats des recherches est déficiente. Ils ont signalé que, dans certains cas, les rapports n'étaient même pas disponibles; dans d'autres cas, on ne trouvait que des rapports présentant les faits saillants, ou on ne publiait pas de rapport du tout. Une part importante des recherches commandées n'a pas été présentée à des publications scientifiques.

Contexte social

Même s'il est pratiquement impossible d'évaluer l'impact de la SRDT sur l'usage du tabac à l'échelle nationale, on peut néanmoins se demander si le « milieu de la lutte contre le tabagisme » a changé depuis le lancement de la SRDT, et si ces changements furent positifs. Dans le cadre de la présente évaluation, on a déployé des efforts considérables pour examiner et analyser les données existantes sur l'importance du tabagisme et la consommation, les politiques relatives au tabagisme, les règlements municipaux, etc.

1. Prévalence

À quelques années près, la prévalence d'ensemble du tabagisme a été en baisse constante de 1965 à 1996 chez les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus, sauf chez les hommes âgés de 15 à 19 ans. Au total, on dénombrait 60 000 fumeurs de moins en 1996 qu'en 1991 chez les personnes de 15 ans et plus, mais on en trouvait 80 000 de plus chez les 15-19 ans (hommes et femmes). Cela semble appuyer le point de vue selon lequel le tabagisme chez les jeunes augmente, malgré la SRDT (et autres activités antitabagisme).

Malgré la réduction des taxes sur le tabac en 1994 et l'augmentation prévue de la prévalence du tabagisme à la suite de cette réduction du prix des cigarettes, la prévalence d'ensemble du tabagisme a baissé entre 1991 et 1996. Quoiqu'on ne puisse attribuer ce déclin à la SRDT seule, on pourrait conclure qu'il découle d'une combinaison de campagnes antitabagisme, de restrictions touchant le tabagisme dans les endroits publics, de règlements antitabagisme et de conseils fournis par des professionnels de la santé publique et des médecins.

2. Relation entre le prix des cigarettes et l'usage du tabac

Aucun des nombreux sondages entrepris dans le cadre de la SRDT n'offre de renseignements fiables et susceptibles d'une application éventuelle pour déterminer les effets des variations de prix sur l'usage du tabac. Seules les études de suivi visant à mesurer l'impact des campagnes médiatiques procurent certains renseignements concernant les changements au chapitre de l'usage du tabac après la baisse du prix des cigarettes. Toutefois, les données ne montrent pas de

tendance claire. Selon les résultats de ces sondages, seulement de 5 à 6 p. 100 des fumeurs adultes (18 ans et plus) fumaient davantage après la réduction du prix, alors que de 15 à 18 p. 100 fumaient moins. Par contre, 20 p. 100 des fumeurs adolescents en 1995 ont rapporté qu'ils fumaient plus, contre 27 p. 100 en 1996. Pendant les mêmes périodes, 18 et 16 p. 100 des adolescents ont signalé qu'ils fumaient moins.

Ces données appuient l'hypothèse selon laquelle l'élasticité de la demande par rapport au prix est moins grande chez les adultes que chez les adolescents. Les adultes touchent un revenu qui leur permet de se procurer des cigarettes, et ont atteint un niveau de consommation qui répond à leurs besoins : une variation mineure du prix des cigarettes n'influera pas de manière considérable sur leurs habitudes. Les adolescents, pour leur part, ont moins d'argent à consacrer aux cigarettes, et la quantité de cigarettes fumées par les adolescents continue d'augmenter. Par conséquent, les fluctuations du prix des cigarettes sont plus susceptibles d'influer sur la consommation de cigarettes par les adolescents.

3. Règlements municipaux

Si l'on se fie aux enquêtes menées par Santé Canada, le nombre de municipalités ayant adopté des règlements concernant le tabagisme dans les endroits publics a augmenté de presque 33 p. 100 entre 1991 et 1995. De plus, pendant la même période, le nombre de municipalités ayant établi des restrictions concernant le tabagisme dans les hôpitaux a presque doublé.

4. Politiques touchant le tabagisme dans d'autres établissements

En 1990 (avant la création de la SRDT), environ 98 p. 100 des écoles étaient dotés d'une quelconque politique relative à la lutte au tabagisme. Ce pourcentage est plus ou moins demeuré le même. Toutefois, entre 1990 et 1995, le nombre d'écoles ayant banni totalement le tabagisme pour les étudiants est passé de 66 p. 100 à 83 p. 100.

Des enquêtes spécifiques, menées en 1995 dans le cadre d'une étude à l'échelle nationale sur les politiques touchant le tabagisme dans les endroits publics, montrent qu'un pourcentage important des établissements de soins de santé, des garderies et des centres commerciaux ont adopté des politiques visant à limiter le tabagisme et à réduire l'exposition à la FTE. Presque toutes les garderies accréditées (93 p. 100) sont dotées d'une politique (officielle ou tacite) sur le tabagisme, et 47 p. 100 d'entre elles interdisent le tabagisme tant à l'extérieur qu'à l'intérieur.

Dans l'ensemble, 96 p. 100 des établissements de soins de santé visés par les enquêtes étaient dotés d'une politique officielle ou tacite concernant le tabagisme. La plupart des établissements commerciaux (dont les ventes annuelles dépassent généralement le cap des 100 millions de dollars) ayant participé à l'enquête ont établi une quelconque politique en matière de tabagisme.

On ne dispose pas de données pertinentes permettant de déterminer si la SRDT a entraîné une baisse de l'exposition à la FTE à la maison et en milieu de travail. Néanmoins, on peut supposer que l'augmentation de restrictions concernant le tabagisme a entraîné une baisse de l'exposition à

la FTE dans les lieux de travail au cours des dernières années. Toutefois, une part importante de cette baisse a eu lieu avant l'établissement de la SRDT. Il n'est pas possible d'estimer les changements touchant l'exposition à la FTE dans les foyers.

Réalisation des objectifs, résultats et incidence

Dans l'ensemble, les intervenants interrogés dans le cadre de la présente évaluation considèrent que la SRDT n'a réalisé que partiellement un certain nombre de ses objectifs. On a signalé que la plus grande réussite touchait l'amélioration des connaissances et des attitudes, mais on considère souvent que ce succès a été influencé par des facteurs autres que la SRDT. Il est impossible de déterminer ce qui ce serait passé sans la SRDT. De plus, on croit fermement que les objectifs de la SRDT n'étaient pas réalistes, puisqu'il s'agissait d'une initiative de trois ans.

Parmi les effets positifs de la SRDT, les répondants ont mentionné le renforcement des groupes antitabagisme, l'établissement de ressources et de programmes communautaires additionnels pour les groupes cibles de la SRDT et une certaine continuité de la réduction du tabagisme partout au Canada. On estime aussi qu'à long terme la SRDT permettra de changer les comportements des gens et de réduire le nombre de personnes qui commencent à fumer. Les connaissances obtenues dans le cadre de la SRDT aideront pendant longtemps les personnes qui oeuvrent dans le domaine du tabagisme[1].

Dans l'ensemble, la plupart des répondants croient que la combinaison d'initiatives entreprises dans le cadre de la SRDT, qui s'inscrit dans une stratégie nationale relative au tabagisme axée sur la santé de la population, était la méthode la plus efficace. Il est important d'assurer le maintien d'une stratégie nationale de lutte contre le tabagisme afin de faire connaître les enjeux. Parmi les initiatives essentielles d'une telle stratégie, mentionnons les suivantes : lois simples et extrêmement fortes (relatives à l'industrie du tabac et à la FTE); application de la loi grâce à des ressources appropriées; accent relativement moindre sur le renoncement au tabac; accent sur les jeunes et sur la prévention; coopération et collaboration à l'échelle internationale; efforts pour faire connaître les recherches dans le domaine; et meilleure répartition des compétences entre les gouvernements provinciaux-territoriaux et fédéral. Les projets communautaires sont importants, mais on doit évaluer et faire connaître les meilleures pratiques. La combinaison appropriée d'initiatives devrait être fonction des besoins et des capacités de chaque province.

Mise en oeuvre et coordination de la SRDT

On a demandé aux gestionnaires de Santé Canada interrogés dans le cadre de la présente évaluation de commenter la mise en oeuvre et la coordination de la SRDT. En général, les gestionnaires qui ont participé aux activités de la SRDT semblent satisfaits de la coordination

---

[1] Nous tenons à signaler qu'au moment de rédiger le présent rapport, le gouvernement fédéral avait engagé 100 millions de dollars pendant la période de 1997-1998 à 2002-2003 pour les activités fédérales de lutte contre le tabagisme.

entre la politique et les programmes ou le rôle joué par la Direction générale des politiques et de la consultation (DGPC). Un pourcentage relativement modeste d'entre eux, environ 25 p. 100, estiment que la coordination était déficiente. Parmi les commentaires positifs, on mentionne que la DGPC a joué un rôle clé en veillant à ce que les activités entreprises correspondent aux intérêts du Ministère et en améliorant la coordination entre les directions générales de Santé Canada en matière de lutte contre le tabagisme. Parmi les commentaires négatifs, mentionnons que certains répondants ont signalé des cas de chevauchement des tâches découlant du manque de coordination et de communication.

Lorsqu'on a demandé aux répondants des gouvernements fédéral et provinciaux-territoriaux si la SRDT avait été coordonnée avec les activités des gouvernements provinciaux-territoriaux et des ONG touchant la lutte contre le tabagisme, les réponses étaient divisées. La plupart des répondants estiment que la SRDT a été mise en oeuvre de façon à correspondre aux activités des gouvernements provinciaux-territoriaux et des ONG. La coordination a été effectuée par l'entremise de comités comme le Conseil canadien sur le tabagisme, comité de travail établi avec des partenaires externes concernant la publicité et la promotion, et des provinces qui ont entrepris des négociations en vue d'établir des programmes conjoints d'application des lois.

Les intervenants externes (représentants des gouvernements provinciaux-territoriaux et des ONG) considèrent généralement que la SRDT n'a pas réussi à coordonner et à intégrer efficacement les activités des gouvernements provinciaux et municipaux et des organismes bénévoles oeuvrant dans le domaine de la santé.

L'octroi d'une somme d'argent importante dans un « milieu non préparé » et pour une période de seulement trois ans a créé de nombreux problèmes. On s'entend généralement pour dire que le personnel ministériel, devant un délai si court, avait peu de temps pour planifier, pour s'organiser et pour mettre en oeuvre la SRDT. On a mis presque un an avant de mettre en oeuvre nombre des initiatives de la SRDT et de rejoindre les groupes cibles. Les réductions subséquentes du financement de la SRDT ont créé des problèmes supplémentaires et de l'incertitude. De nombreux intervenants externes estiment qu'on avait pas suffisamment de temps pour consulter les provinces et le secteur des organismes bénévoles et pour coordonner nos activités respectives.

Nombre d'intervenants, tant à l'intérieur de Santé Canada qu'à l'extérieur, ont déploré l'absence de plans d'ensemble à l'égard de la stratégie. Un tel plan aurait permis à de nombreuses personnes de comprendre les liens entre les divers volets de la SRDT et aurait peut-être pu atténuer la perception d'un certain nombre d'intervenants selon laquelle la SRDT manquait de coordination et menait à l'occasion à un chevauchement des tâches.

De nombreux intervenants externes (représentants des gouvernements provinciaux-territoriaux et des ONG) percevaient la SRDT comme une stratégie non pas « fédérale », mais bien « nationale » (ou s'attendait à ce qu'elle le soit). Cela explique peut-être pourquoi ils estimaient qu'on les avait négligé au moment de prendre les décisions finales.

Conclusions

1. Les initiatives mises en oeuvre dans le cadre de la SRDT respectaient les objectifs de la Stratégie et les orientations globales du Ministère et du gouvernement fédéral. Le personnel ministériel, les experts, les organismes nationaux et les intervenants provinciaux interrogés considèrent généralement que la méthode polyvalente préconisée et la sélection des groupes cibles étaient appropriées, même si nombre d'entre eux croient qu'on aurait dû mettre un accent accru sur les jeunes.

2. La prévalence du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans et plus est passée de 31 p. 100 en 1991 à 27 p. 100 en 1996 (Enquête sociale générale). On a constaté une baisse dans tous les groupes d'âge, sauf chez les hommes âgés de 15 à 19 ans, où la prévalence du tabagisme est passée de 20 p. 100 à 24 p. 100. La prévalence du tabagisme chez les femmes de cet âge est demeurée stable, à 26 p. 100. Les données disponibles à l'heure actuelle ne permettent pas de tirer des conclusions quant à l'incidence de la SRDT sur la prévalence du tabagisme ou la consommation de tabac.

3. Une évaluation du programme conçu pour assurer l'application des dispositions de la *Loi sur la vente de tabac aux jeunes* montre que plus de 90 p. 100 des vendeurs de tabac sont au courant de l'existence de la loi. Le taux de conformité des détaillants a augmenté, passant de 47,9 p. 100 en 1995 à 60,5 p. 100 en 1996. On a néanmoins relevé des preuves que la prévalence du tabagisme continue d'augmenter chez les mineurs. L'évaluation recommandait que le programme soit maintenu.

4. Les recherches entreprises par Santé Canada dans le domaine du tabagisme ont fourni de nouvelles connaissances importantes concernant le comportement des fumeurs et les méthodes et stratégies qui permettraient de rejoindre les populations prioritaires. Certaines preuves indiquent que les résultats ont été utilisés dans la conception de stratégies visant à rejoindre divers groupes cibles et dans l'élaboration de politiques et de la nouvelle loi.

5. Les contributions versées aux organismes autochtones nationaux ont aidé à accroître la capacité de recherche de ces organismes, et les contributions versées aux collectivités autochtones ont permis à ces dernières d'établir des programmes antitabagisme et de sensibiliser les Autochtones. On suggère que le financement futur s'étende sur une période plus longue et qu'une plus grande part des contributions soit affectée aux projets communautaires.

7. Les projets financés dans le cadre du Programme d'éducation et de sensibilisation du public et du Programme d'initiatives communautaires ont permis de rejoindre des milliers de personnes dans des collectivités des quatre coins du pays. On ignore cependant quels seront les effets à long terme de ces projets communautaires.

8. On s'entend généralement pour dire que, dans le domaine de l'intervention en matière de tabagisme, une période de trois ans est trop courte pour que l'on puisse obtenir des résultats significatifs et que les efforts doivent être maintenus pendant une longue période afin de changer les comportements. Par conséquent, il serait préférable de s'engager envers les programmes de lutte contre le tabagisme pendant de plus longues périodes, même si cela suppose une réduction du niveau d'ensemble des ressources.

ÉVALUATION DE LA

STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE TABAC

RAPPORT FINAL

Planification stratégique et évaluation
Direction de la planification stratégique et de l'examen

Juillet 1998

Table des matières

Page

Introduction 1

CHAPITRE 1 : La stratégie de réduction de la demande de tabac 3

CHAPITRE 2 : Les questions de l'évaluation 9

CHAPITRE 3 : Législation et application de la loi 17

CHAPITRE 4 : Programme d'éducation et de ensibilisation du public 29

CHAPITRE 5 : Programme d'initiatives communautaires 39

CHAPITRE 6 : Accès à l'information 49

CHAPITRE 7 : Contributions aux peuples autochtones 53

CHAPITRE 8 : Promotion du message 59

CHAPITRE 9 : Recherche 69

CHAPITRE 10 : Questions liées au contexte social 77

CHAPITRE 11 : Questions touchaunt l'ensemble de la stratégie 99

ANNEXE A: Résumé des lois antitabac 121

ANNEXE B: Programmes d'éducation et de sensibilisation du public 125

ANNEXE C: Programme d'initiatives communautaires 129

ANNEXE D: Résumé de l'examen des résultats de recherche 133

ANNEXE E: Élasticité-prix et demande de cigarettes 141

Remerciements

Les gestionnaires suivants ont commenté l'évaluation et ont pris une part active au processus :

- Ed Aiston, directeur général, Direction des affaires internationales, Direction générale de la politique et de la consultation
- Murray Kaiserman, directeur intérimaire, Bureau de contrôle du tabac, Direction générale de la protection de la santé
- Dawn Hachey, gestionnaire, Bureau des programmes de la réduction du tabagisme, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
- William Maga, Division de la politique de la santé, Direction générale de la politique et de la consultation
- Earl Nowgesic, Division des programmes et du soutien de la santé, Direction générale des services médicaux
- Jane Hazel, Partenariat et marketing/tabac, Direction générale de la promotion et des programmes de la promotion de la santé

De la Division de la planification stratégique et de l'évaluation, Direction de la planification stratégique et de l'évaluation, les personnes suivantes ont participé à l'évaluation :

- Robert Pelletier, de la Division de la planification stratégique et de l'évaluation, a dirigé le projet d'évaluation du programme et a été l'auteur principal du rapport final.
- Silvia Olivares-Guevara, Paul Youldon and Jeffrey Cole de la Division de la planification stratégique et de l'évaluation faisaient partie de l'équipe d'évaluation.

Plusieurs rapports d'évaluation ont été préparés relativement à différentes activités de la Stratégie de réduction de la demande de tabac par les firmes de consultants suivantes :

- Goss Gilroy Inc.
- Ekos
- Madhu Joshi & Associates
- Jamieson, Beals, Lalonde, Inc.

Témoignage d'appréciation

Nous aimerions exprimer notre reconnaissance à tous les gestionnaires et aux nombreuses personnes qui ont pris part aux consultations tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Ministère. Sans leur coopération, cette étude d'évaluation n'aurait pas été possible.

Chronologie de l'évaluation

• Planification complétée	Novembre 1996
• Approbation du mandat	Décembre 1996
• Cueillette des données complétée	Septembre 1997
• Ébauche du rapport complétée	Décembre 1997
• Rapport final soumis au Comité ministériel de la vérification et de l'évaluation	Juillet 1998
• Approbation du rapport final	Septembre 1998
• Version française complétée	Décembre 1998

INTRODUCTION

Le présent rapport fait état des résultats d'une évaluation de la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT) qui s'inscrivait dans le Plan national de lutte à la contrebande (PNLC) lancée par le gouvernement fédéral le 8 février 1994. La stratégie, qui devait durer jusqu'au 31 mars 1997, visait à réduire au minimum les répercussions des réductions de taxes sur la consommation de tabac, particulièrement chez les groupes qui sont plus susceptibles de commencer à fumer ou d'augmenter leur consommation de tabac en raison d'un prix plus modeste, au moyen de programmes et de mesures d'éducation du public et d'application des lois. Santé Canada a été chargé de la mise en oeuvre de la stratégie.

L'évaluation a été menée selon les paramètres approuvés en novembre 1996 par tous les sous-ministres adjoints de Santé Canada qui ont participé à la mise en oeuvre de la SRDT. Elle a été coordonnée par la Division de la planification stratégique et de l'évaluation, Direction de la planification stratégique et de l'examen, Direction générale des politiques et de la consultation, Santé Canada.

Dans le cadre de la SRDT, Santé Canada a conçu un ensemble de programmes et d'activités s'inscrivant dans les volets suivants :

1. législation et application;
2. éducation et sensibilisation du public;
3. initiatives communautaires;
4. accès à l'information;
5. versement de contributions aux peuples autochtones;
6. promotion du message;
7. recherche;
8. initiatives internationales, évaluation et coordination.

Toutes les directions générales de Santé Canada ont participé à la mise en oeuvre de la SRDT en élaborant et en mettant en oeuvre des programmes de lutte au tabagisme liés à leur domaine de responsabilité respectif. La Direction générale des politiques et de la consultation a été chargée de coordonner et d'évaluer les activités de Santé Canada dans le cadre de la SRDT. On a affecté 104 millions de dollars au total à la SRDT sur une période de trois ans.

On ne s'attendait pas à ce que l'évaluation permette d'évaluer l'impact de la SRDT sur la prévalence du tabagisme ou sur la consommation puisque, premièrement, il ne s'est pas écoulé assez de temps depuis la mise en oeuvre de la stratégie pour qu'on puisse constater des résultats et, deuxièmement, la SRDT a été mise en oeuvre à une époque où de nombreuses autres activités de lutte au tabagisme avaient lieu, ce qui ne permet pas d'isoler l'impact de cette stratégie parmi les autres activités. Par conséquent, on a adopté une démarche globale visant à examiner chaque volet pour voir quelles activités ont été entreprises, quels résultats ont été obtenus, quels groupes

cibles ont été rejoints et, dans la mesure du possible, quel impact immédiat on a remarqué à l'égard de ces groupes cibles.

La direction de la planification stratégique a recouru aux services de trois entreprises d'experts-conseils indépendantes pour la tenue de l'évaluation. Jamieson, Beals, Lalonde Inc. *ont procédé à l'évaluation des volets consacrés à l'éducation et à la sensibilisation du public, aux initiatives communautaires et à l'accès à l'information. Ekos Research Associates* a mené des entrevues auprès de représentants du Ministère, des ONG et des provinces, a examiné le volet recherche de la stratégie et a tenu trois discussions de groupe auprès des peuples autochtones. Madhu Joshi & Associates s'est chargé d'examiner les données déjà obtenues grâce à diverses enquêtes qui ont procuré des renseignements sur des indicateurs plus larges, comme la prévalence du tabagisme et la consommation, la sensibilisation à la FTE et aux dangers du tabagisme, et les changements au chapitre des règlements municipaux et des politiques antitabagisme dans les écoles et dans d'autres établissements. La Direction générale de la protection de la santé (DGPS) a octroyé un contrat à Goss Gilroy Inc. afin que cette entreprise évalue l'impact du programme de mise en application des lois sur le tabac établi par la DGPS.

Organisation du rapport

Le rapport compte onze chapitres. Les deux premiers chapitres décrivent la SRDT, les questions de l'évaluation et la méthode utilisée. Les sept chapitres qui suivent présentent les résultats des évaluations de chaque volet de la SRDT. Le chapitre dix présente une vue d'ensemble du milieu de la lutte contre le tabagisme au Canada et traite d'indicateurs généraux, comme la prévalence, les attitudes et les connaissances des gens, les politiques antitabagisme dans divers contextes, etc. Dans le cadre de la présente évaluation, on a interrogé et (ou) consulté un nombre significatif de représentants de Santé Canada de divers niveaux et d'experts et de représentants des provinces et des organismes non gouvernementaux. Le dernier chapitre présente leurs points de vue à l'égard de divers aspects de la SRDT.

La majeure partie de la recherche effectuée dans le cadre de cette étude le fût par par des entreprises d'experts-conseils indépendantes. À moins d'indication contraire, les conslusions et les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des experts-conseils ou des personnes consultées. Ces conclusions et opinions ne réflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

CHAPITRE 1 : LA STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE TABAC

1. Introduction

Le 8 février 1994, le gouvernement fédéral lançait officiellement un Plan national de lutte à la contrebande (PNLC). On a établi la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT) dans le cadre du PNLC afin de contrer l'augmentation prévue de la consommation de tabac à la suite de la réduction des taxes sur le tabac. On a affecté 183 millions de dollars à la Stratégie sur une période de trois ans[1]. Santé Canada a été chargé de mettre en oeuvre la SRDT. La démarche globale et le financement de la SRDT ont été approuvés par le Conseil du Trésor en août 1994.

2. Les objectifs de la SRDT[2]

Le principal objectif de la SRDT consistait à réduire au minimum, par des programmes et des mesures d'éducation du public et d'application des lois, les répercussions négatives des réductions de taxes sur la consommation de tabac, surtout en ce qui concerne les groupes qui sont plus susceptibles de commencer à fumer ou d'accroître leur consommation de tabac à la suite de la baisse des prix. Ce faisant, la SRDT cherchait à créer un climat qui marginaliserait les produits du tabac et procurerait du soutien à tous les consommateurs qui veulent mettre fin à leur dépendance.

La réussite de la SRDT était considérée comme étant largement fonction « de la collaboration de tous les ordres de gouvernement, des collectivités, des groupes de santé, des employeurs, des groupes de femmes, des écoles et des citoyens en vue de changer les normes sociales de façon à marginaliser l'usage du tabac ».

La SRDT devait tendre vers les mêmes objectifs que la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme (SNLCT) déjà existante, c'est-à-dire les suivants : a) aider les non-fumeurs à continuer de vivre sans fumer; b) encourager et aider les personnes qui veulent arrêter de fumer; et c) protéger la santé et les droits des non-fumeurs.

En particulier, les objectifs de la SRDT étaient les suivants :

- réduire au minimum le risque d'augmentation du tabagisme dans les groupes les plus

---

1 Ce montant a été réduit à 104 millions de dollars en février 1995, ce qui a eu pour conséquences de diminuer l'importance de plusieurs activitésde la SRDT.

2 Les objectifs de la SRDT présentés ici sont tirés du document intitulé *Stratégie de réduction de la demande de tabac : Une vue d'ensemble*, préparé par la Direction générale des politiques et de la consultation, en octobre 1994.

susceptibles de commencer à fumer ou d'accroître leur consommation de tabac à la suite de la baisse des prix;

- accroître le niveau de priorité de la lutte contre le tabagisme à titre de mesure de santé publique au Canada;
- informer davantage le public des dangers liés à l'usage du tabac;
- sensibiliser davantage le public aux risques de la fumée de tabac ambiante pour la santé;
- marginaliser davantage l'usage et la commercialisation de produits du tabac.

Tout en prévoyant l'établissement de nouvelles initiatives, la SRDT devait maintenir les orientations clés définies par la Stratégie nationale, y compris la loi, l'accès à l'information, la disponibilité des services et des programmes, la promotion du message, l'action communautaire, la recherche et l'acquisition de connaissances.

3. Les groupes cibles de la SRDT

On a cerné quatre grands groupes cibles aux fins de la SRDT : les jeunes, les femmes, les groupes prioritaires et le public.

3.1 Jeunes

La plupart des volets de la SRDT (campagnes médiatiques, application de la loi, femmes, Initiatives communautaires, etc.) visent, entre autres, les jeunes. La prévalence du tabagisme chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans était passée de 46 p. 100 en 1981 à 20 p. 100 en 1991, mais avait depuis lors remonté à 26 p. 100 en 1994. Ce groupe est considéré comme le plus sensible au prix du tabac. On croyait qu'une réduction du prix encouragerait les jeunes à commencer à fumer ou à fumer plus. En outre, c'est à cet âge que la plupart des fumeurs à long terme commencent à fumer.

3.2 Femmes

Le tabagisme chez les femmes baisse moins rapidement que chez les hommes, puisqu'un pourcentage plus élevé de jeunes filles fument. La SRDT devait cibler particulièrement les femmes faisant partie de groupes considérés comme « à risque élevé », notamment les adolescentes, les femmes à faible revenu, les chômeuses, les femmes autochtones, les mères seules et les femmes dont les capacités de lecture et d'écriture sont faibles[3]. On a aussi élaboré

---

[3] Ces groupes particuliers ont été cernés dans *Synthesis of the Literature on Priority Groups for Smoking Protection, Prevention and Cessation Programs*, par Diane Kinnon et Liz Hart, octobre 1994. Ce document a été préparé pour l'unité des programmes de lutte contre le tabagisme de la Direction de la promotion de la santé.

une initiative prénatale et postnatale visant spécifiquement les femmes en âge d'avoir des enfants.

3.3 Groupe prioritaires

Ces groupes affichent continuellement un niveau élevé de tabagisme, sont difficiles à rejoindre et semblent avoir moins tiré avantage d'efforts antérieurs visant à réduire la consommation de tabac. Il s'agit des groupes suivants : jeunes immigrants, personnes à faible revenu, itinérants, personnes peu scolarisées et Autochtones.

3.4 Le grand public

Outre les groupes cibles spécifiques mentionnés plus haut, la SRDT visait aussi à informer le public et à influencer, directement ou indirectement, son attitude et son comportement à l'égard de l'usage du tabac.

4. Moyens d'intervention dans le cadre de la SRDT

Les programmes ou les moyens d'intervention élaborés dans le cadre de la SRDT peuvent être regroupés dans huit catégories.

4.1 Législation et application de la loi

La *Loi sur la vente de tabac aux jeunes* (LVTJ), entrée en vigueur le 8 février 1994, interdit la vente de produits du tabac aux personnes âgées de moins de 18 ans et la présence de distributrices de cigarettes dans les endroits publics et impose de lourdes amendes à quiconque vend un produit du tabac à une personne âgée de moins de 18 ans. Santé Canada a engagé des inspecteurs à temps plein afin qu'ils assurent l'application de la loi partout au Canada. De plus, afin d'éviter le chevauchement des efforts, on a conclu avec six provinces des ententes de coopération relatives à l'application de la loi.

4.2 Accès à l'information

La SRDT prévoyait l'octroi de financement additionnel au Centre national de documentation sur le tabac et la santé (administré par le Conseil canadien sur le tabagisme et la santé) afin de favoriser la divulgation et l'échange de renseignements concernant tous les aspects du tabagisme.

4.3 Programmes d'éducation et de sensibilisation du public

Il existe des programmes de prévention, de protection et de renoncement destinés spécifiquement aux groupes cibles cernés aux fins de la SRDT, y compris les groupes prioritaires. Ces programmes devaient être élaborés et mis en oeuvre en coopération ou en partenariat avec

d'autres organismes (écoles, ONG, entreprises, syndicats, Premières nations, etc.) ou avec des groupes professionnels (médecins, enseignants, infirmières, etc.).

4.4 Programmes d'initiatives communautaires

Dans le cadre de la SRDT, on a procuré un financement limité dans le temps (des contributions) à des projets locaux, régionaux et nationaux qui stimulent et renforcent la capacité des collectivités et des organismes communautaires de cerner les enjeux liés au tabagisme et de s'y attaquer.

4.5 Promotion du message

Des campagnes médiatiques nationales transmettaient des messages antitabagisme par l'entremise de la télévision, de la radio, des médias imprimés et de la publicité à l'intérieur et à l'extérieur. Les principaux groupes cibles étaient les suivants : les jeunes âgés de 11 à 17 ans et leurs parents ou tuteurs; les leaders d'opinion; et le public. Les objectifs globaux des campagnes étaient les suivants :

a) faire du tabagisme une question non pas de choix personnel, mais bien de santé publique, ce qui procurerait des raisons supplémentaires de renoncer au tabac ou de s'abstenir et susciterait un plus grand soutien de la population à l'égard de mesures publiques plus draconiennes contre l'usage du tabac;

b) favoriser l'adoption d'habitudes saines au lieu du tabagisme en respectant davantage la santé des non-fumeurs et en reconnaissant que les produits du tabac sont toxiques;

c) créer ou renforcer une image négative puissante du tabac dans l'esprit du grand public qui referait surface lorsque des choix doivent être effectués;

d) sensibiliser les détaillants au rôle qu'ils jouent en ce qui concerne l'accès des mineurs aux produits du tabac.

Parmi les objectifs propres à ce volet, mentionnons aussi le maintien du soutien au programme Q4L/V100F de Santé Canada afin d'informer les parents et les leaders d'opinion des effets de la FTE sur la santé et de l'importance de prendre des mesures pour protéger la santé des non-fumeurs[4].

4.6 Recherche

On a aussi affecté une partie des ressources de la SRDT à la recherche. Le programme de recherche avait pour but de mieux comprendre les effets de la fumée de tabac sur la santé, les

---

[4] *Social Marketing Campaign to Support the Tobacco Demand Reduction Strategy*. Document préparé pour Santé Canada par McKim Communications Limited, le 29 septembre 1994.

composantes du tabac et les caractéristiques et les motivations des fumeurs. On misait sur l'obtention de nouveaux renseignements pour contribuer à l'élaboration de programmes et de lois efficaces.

4.7 Initiatives internationales

Dans le cadre de la SRDT, le Canada a entrepris des activités de collaboration avec d'autres pays et a appuyé l'Organisation mondiale de la santé dans ses efforts pour promouvoir la mise en oeuvre et le maintien de politiques de lutte contre le tabagisme dans d'autres pays. La SRDT soutiendra aussi des projets de recherche d'intérêt international.

4.8 Évaluation et coordination

Toutes les directions générales de Santé Canada ont joué un rôle dans la mise en oeuvre de la SRDT grâce à la conception et à la mise en oeuvre de programmes de lutte contre le tabagisme liés à leur domaine de responsabilités respectif. C'est la Direction générale des politiques et de la consultation qui a été chargée de coordonner et d'évaluer les activités de Santé Canada dans le cadre de la SRDT. En 1994-1995, on a élaboré un cadre d'évaluation qui énonce la méthode préconisée et établit un plan global d'évaluation.

5. Ressources

Les 104 millions de dollars dépnsés dans le cadre de la SRDT l'ont été dans les proportions suivantes:

Législation et application	10%
Education et sensibilisation du public	20%
Initiatives communautaires	31%
Accès à l'information	3%
Versement de contributions aux peuples autochtones	5%
Recherche	7%
Promotion du message	20%
Initiatives internationales, évaluation et coordination	5%

6. Résultats prévus — SRDT

En règle générale, on s'attendait à ce que les interventions s'inscrivant dans le SRDT entraînent les résultats suivants :

1. sensibiliser davantage l'ensemble de la population et les membres des groupes cibles établis aux fins de la SRDT aux effets néfastes du tabagisme sur la santé;

2. diminuer l'exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire dans les endroits publics, au travail et à la maison;

3. dissuader les enfants et les adolescents de commencer à fumer, et encourager ceux qui fument à arrêter;

4. aider les fumeurs à arrêter en appuyant l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes de renoncement au tabagisme;

5. faire appel au soutien actif des professionnels de la santé, des employeurs, des employés, des enseignants, des organismes non gouvernementaux, etc., au chapitre de la promotion d'un environnement sans fumée;

6. faciliter l'accès aux renseignements sur le tabagisme ainsi que la consultation de ces renseignements;

7. rendre le tabagisme moins acceptable du point de vue social;

8. faire en sorte que les produits du tabac soient plus difficiles à obtenir, surtout pour les jeunes;

9. entreprendre des recherches qui procureront des renseignements supplémentaires sur tous les aspects du tabagisme;

10. accroître le niveau de priorité de la lutte contre le tabagisme à titre d'enjeu en matière de santé publique;

11. marginaliser l'usage et la commercialisation de produits du tabac.

Toutefois, ce ne sont là que des moyens de réaliser l'objectif sous-jacent de la stratégie, c'est-à-dire la réduction réelle de la prévalence du tabagisme et de la consommation de tabac qui, à long terme, demeurent les plus grands critères d'évaluation des effets des interventions antitabagisme. On comprend que la SRDT n'est pas un effort isolé, et que la réussite (ou l'absence de réussite) dans chacun des domaines énoncés plus haut ne peut être entièrement attribuable à la stratégie. Les provinces sont déjà dotées de lois, de règlements et de programmes antitabagisme qui influent aussi sur l'usage du tabac, et elles continuent d'en élaborer. On ne s'attend pas à ce que la présente évaluation soit en mesure d'isoler la contribution particulière de la SRDT à l'avancement des questions énoncées plus haut. De plus, de nombreuses activités antitabagisme n'entraînent pas d'effet à court terme. Par conséquent, on metira quelques années avant de ressentir les effets de certaines de ces initiatives.

CHAPITRE 2 : LES QUESTIONS DE L'ÉVALUATION

Le présent chapitre énonce les questions qui ont été abordées dans le cadre de l'évaluation. Les questions ont été réparties dans les trois catégories suivantes :

- le contexte social général dans lequel la SRDT a été mise en oeuvre;
- questions générales concernant la SRDT qui transcendent les sept domaines d'intervention; et
- questions concernant des interventions particulières.

Questions liées au contexte social

1. La situation (le contexte social) qui existait au moment de la mise en oeuvre de la SRDT a-t-elle changé et, dans l'affirmative, de quelle façon?

2. À la lumière des tendances observées au chapitre de la prévalence du tabagisme et de la quantité fumée depuis le lancement de la SRDT, y a-t-il des preuves qui soutiennent l'hypothèse de base de la SRDT selon laquelle une baisse du prix entraîne une augmentation de la consommation?

3. Dans quelle mesure la variation du prix a-t-elle contribué aux variations au chapitre de la prévalence du tabagisme et de la consommation, particulièrement chez les jeunes Canadiens?

4. Les différences au chapitre de la prévalence du tabagisme et de la consommation d'une province à l'autre peuvent-elles être attribuées aux différences de prix?

5. Quels autres facteurs influençaient l'ensemble du milieu du tabagisme pendant l'application de la SRDT (c'est-à-dire, des promotions)?

Questions touchant la stratégie dans son ensemble

6. La mise en oeuvre des divers volets de la SRDT a-t-elle respecté les objectifs originaux de la stratégie?

7. De quelle façon et dans quelle mesure la SRDT a-t-elle été coordonnée avec les activités antitabagisme des provinces et des ONG?

8. La SRDT a-t-elle misé efficacement sur des services, des programmes et d'autres initiatives qui existaient avant février 1994?

9. Les diverses interventions s'inscrivant dans la SRDT respectaient-elles (et appuyaient-elles) les objectifs des autres interventions de la stratégie? Est-ce que les interventions se complétaient afin d'augmenter l'impact potentiel?

10. Quelle part de l'effort total a été consacrée à la prévention, à la protection et au renoncement? Est-ce que cette répartition correspond aux intentions initiales?

11. Les objectifs et les interventions de la SRDT sont-ils compatibles avec les autres priorités et politiques du Ministère et du gouvernement fédéral (p. ex. : Agriculture Canada, Patrimoine Canada)?

12. Quels autres programmes, politiques et lois du gouvernement fédéral pourraient influer (positivement ou négativement) sur la lutte contre le tabagisme?

Questions liées à des interventions particulières

L'ensemble des questions qui suivent portent sur les interventions fédérales dans le cadre de la SRDT. Essentiellement, ces questions cherchent à déterminer à quel point chaque initiative a réussi à réaliser ses objectifs et à rejoindre le groupe cible. On a regroupé les questions selon les catégories d'intervention suivantes : législation et application de la loi, accès à l'information, programmes d'éducation et de sensibilisation du public, programmes et initiatives communautaires, promotion du message, recherche et initiatives internationales.

Législation et application de la loi

13. Les mesures législatives et réglementaires prises dans le cadre de la SRDT contribuent-elles à rendre l'accès aux produits du tabac plus difficile?

    a) Le respect du règlement de la *Loi sur la vente de tabac aux jeunes* (LVTJ) a-t-il augmenté? A-t-on assuré l'application des dispositions de la *Loi sur la vente de tabac aux jeunes* (LVTJ)?

14. La LVTJ a-t-elle réussi à réduire la vente de produits du tabac aux mineurs?

    a) A-t-on élaboré et distribué du matériel éducatif à l'intention des détaillants et des restaurateurs?

    b) Est-ce qu'un plus grand nombre de détaillants comprennent les obligations que leur confère la LVTJ? A-t-on constaté des améliorations au chapitre de la conformité?

Accès à l'information

15. Dans quelle mesure les intervenants en matière de lutte contre le tabagisme, le secteur privé, les écoles et les gouvernements provinciaux-territoriaux ont-ils recouru aux services et aux produits du Centre national de documentation sur le tabac et la santé? Dans quelle mesure les services du Centre de documentation ont-ils rejoint et servi le public cible?

16. De quelle façon les produits et services du Centre de documentation ont-ils évolué depuis 1994?

17. Le Centre de documentation sera-t-il viable lorsque la SRDT prendra fin?

18. Dans quelle mesure Santé Canada et d'autres intervenants utilisent-ils le Centre de documentation pour diffuser les résultats de recherches financées dans le cadre de la SRDT?

Programmes d'éducation et de sensibilisation du public

Cette catégorie comprend les activités de recherche et de développement qui visent les groupes cibles établis aux fins de la SRDT, notamment les femmes, les jeunes et les groupes prioritaires (p. ex. : les Autochtones, les populations ethniques, les francophones). Les activités visent à augmenter le volume de connaissances et de ressources afin d'aider les membres de certains groupes précis de la population à arrêter de fumer pour de bon. Dans la plupart des cas, les programmes, les ressources et les nouvelles connaissances avaient pour but de rejoindre, directement ou indirectement, les personnes par l'entremise de professionnels de la santé, de parents, d'enseignants, de pairs, d'employeurs, d'intervenants et de réseaux d'information.

19. Quelles recherches a-t-on effectuées afin d'accroître les connaissances à l'égard de questions comme les suivantes : facteurs qui poussent les adolescents à commencer ou à arrêter de fumer; comportement des populations prioritaires à l'égard du tabagisme; politiques antitabac en milieu de travail; comportements des fumeuses, pendant et après la grossesse; effets du tabagisme sur la santé; influence des médias sur l'usage du tabac; stratégies efficaces de prévention et de renoncement?

    a) Existe-t-il des preuves que les résultats des recherches ont été utilisés pour la conception de programmes, de ressources et de promotion du message?

20. Quelle documentation et (ou) programmes et (ou) ressources de formation ont été conçus? Quel était le groupe cible?

    a) En quoi ont-ils dissuadé les jeunes de commencer à fumer et aidé ceux qui voulaient cesser de fumer?

21. Comment les programme et ressources ont-ils été mis en place et utilisés en milieu de travail, dans les écoles et dans le cadre des programmes de santé communautaire et des programmes récréatifs? Quel a été leur impact jusqu'à maintenant?

22. Dans le cadre des activités, de quelle façon a-t-on fait appel au soutien des parents, des enseignants, des professionnels de la santé, des entraîneurs, des employeurs, des pairs et des leaders communautaires en vue de promouvoir un environnement sans fumée et à aider les Canadiens à cesser de fumer pour de bon?

23. De quelle façon les activités ont-elles facilité l'accès et le recours à l'information sur le tabagisme?

24. Les programmes et ressources ont-ils été élaborés en fonction de besoins cernés? A-t-on répondu à ces besoins?

25. A-t-on créé de nouveaux partenariats et infrastructures afin de poursuivre le travail dans le domaine de la lutte contre le tabagisme? A-t-on renforcé les partenariats et infrastructures existants?

26. En quoi les activités ont-elles renforcé la capacité des collectivités et des ONG d'entreprendre des activités efficaces de lutte contre le tabagisme?

27. Outre ceux qui ont été cernés aux fins de la SRDT, y a-t-il d'autres groupes qui auraient dû être visés par des programmes et des services en raison du taux élevé (réel ou potentiel) de tabagisme?

Promotion du message

28. Quel a été l'impact des campagnes médiatiques sur les groupes cibles au chapitre de la sensibilisation et de l'acquisition de connaissances à l'égard des dangers du tabagisme et de la FTE? Y a-t-il des preuves que les attitudes et les comportements changent?

29. Quels étaient les groupes cibles visés par les campagnes médiatiques? A-t-on réussi à rejoindre ces groupes?

30. Dans quelle mesure les campagnes médiatiques ont-elles sensibilisé les groupes cibles aux dangers du tabagisme et de la FTE?

31. La promotion du message semble-t-elle avoir eu un impact sur les médias et sur d'autres leaders d'opinion (p. ex. : éditorialistes, chroniqueurs, animateurs d'émissions de variétés)?

32. Les changements observés au chapitre des connaissances et de la sensibilisation ont-ils eu un effet réel sur la consommation de tabac?

33. La promotion du message était-elle coordonnée avec les autres initiatives de la SRDT?

Programmes d'initiatives communautaires

Cette catégorie regroupe les programmes et les projets découlant de l'octroi de financement à divers groupes communautaires.

34. Quels effets les projets d'action communautaire financés dans le cadre de la SRDT ont-ils entraînés?

35. Quels programmes et services a-t-on lancés par l'entremise d'initiatives communautaires? Quels groupes visait-on? Quelle part du projet était consacrée à la promotion, à la protection et au renoncement?

36. À quel point les projets financés ont-ils obtenu les résultats prévus? Quel impact ont-ils eu sur leur groupe cible?

37. Les projets financés étaient-ils compatibles avec les objectifs et les groupes cibles établis dans le cadre de la SRDT?

Recherche

38. Les recherches financées dans le cadre de la SRDT ont-elles procuré des renseignements utiles pour la planification et l'évaluation des autres volets de la SRDT?

39. Quelles recherches a-t-on financées, et pourquoi? Quelle part des recherches a été consacrée à la prévention, à la protection et au renoncement?

40. De quel type de renseignements avait-on besoin pour concevoir des programmes, des services et des campagnes médiatiques de grande qualité? Ces renseignements ont-ils été fournis en temps opportun?

41. Y a-t-il des preuves que les résultats des recherches ont été utilisés pour la conception de programmes, de services et de campagnes médiatiques?

42. L'initiative de recherche a-t-elle permis de recueillir des données de qualité auprès de tous les groupes prioritaires?

Initiatives internationales

43. Quelles initiatives a-t-on entreprises à l'échelon international? Quels résultats a-t-on obtenus?

Conclusions et orientation future

44. Y a-t-il des preuves de « résultats positifs accessoires » (p. ex. : les mesures de protection peuvent inciter au renoncement)?

45. Quelles leçons a-t-on tirées de la SRDT? Comment ces conclusions peuvent-elles contribuer à l'élaboration d'une éventuelle stratégie en matière de santé de la population?

46. À la lumière des résultats obtenus dans le cadre de la SRDT, quelles méthodes d'intervention sont les plus efficaces? Existe-t-il de meilleurs moyens de réaliser les mêmes objectifs? Si on devait poursuivre nos activités avec des ressources limitées, quel(s) type(s) d'intervention devrait-on maintenir?

Portée et but de l'évaluation

Idéalement, on aurait dû évaluer la SRDT en fonction de son objectif global, c'est-à-dire son impact sur l'usage du tabac par les membres des groupes cibles. Toutefois, pour plusieurs raisons, cela n'était pas possible. Premièrement, la SRDT n'était pas un effort isolé et a été mis en oeuvre à une époque où de nombreuses autres activités de lutte contre le tabagisme avaient lieu, ce qui nous empêche d'isoler la contribution particulière de la stratégie aux changements en matière de prévalence du tabagisme et de consommation de tabac. Deuxièmement, lorsque l'évaluation a été lancée, la SRDT n'était en place que depuis deux ans et demi, ce qui est généralement considéré comme insuffisant pour influer de manière significative sur le comportement des fumeurs et pour examiner les résultats des programmes. Troisièmement, on ne peut déterminer ce qui serait arrivé si la stratégie n'existait pas. Pour ces raisons, l'évaluation a essentiellement mis l'accent sur les initiatives entreprises, les résultats obtenus et l'impact des initiatives sur les groupes visés (p. ex. : usagers du tabac, non-fumeurs, employeurs, détaillants).

La méthode d'évaluation consistait à examiner chaque composante pour voir ce qui a été accompli, à déterminer si les activités respectaient les objectifs d'ensemble de la SRDT et à cerner des preuves que les objectifs intermédiaires avaient été réalisés. Ces examens ont été confiés en sous-traitance à des entreprises d'experts-conseils indépendantes. Jamieson, Beals, Lalonde Inc. a procédé à l'évaluation des volets Éducation et sensibilisation du public, Initiatives communautaires et Accès à l'information. Ekos Research Associates a examiné le volet Recherche, organisé des groupes de discussion avec des représentants des organismes autochtones qui ont reçu des contributions de la Direction générale des services médicaux, et interrogé des agents de Santé Canada, des organismes non gouvernementaux (ONG) et d'autres représentants d'organismes externes et agents du gouvernement provincial qui participent à la lutte contre le tabagisme. Madhu Joshi & Associates a examiné les données déjà obtenues à l'occasion de divers sondages qui offrent des renseignements concernant des indicateurs plus larges, comme l'importance de l'usage de la cigarette et de la consommation, la sensibilisation du public à l'égard des dangers du tabagisme et de la fumée de tabac dans l'environnement (FTE), les changements apportés aux règlements municipaux et aux politiques antitabac dans les écoles et dans d'autres établissements. Le but de cette étude était de déterminer l'évolution de la

situation d'ensemble du tabagisme au Canada. La Direction générale de la protection de la santé (DGPS) a octroyé un contrat à Goss Gilroy Inc. afin que cette entreprise évalue l'impact du programme de mise en application des lois sur le tabac établi par la DGPS.

La dernière étape du processus consistait à résumer les conclusions de toutes ces études et à les présenter à un groupe d'experts dans des domaines liés à la lutte contre le tabagisme afin d'obtenir leur point de vue et leurs suggestions. La méthode préconisée pour l'évaluation respecte le cadre d'évaluation élaboré pour la SRDT en 1994.

CHAPITRE 3 : LÉGISLATION ET APPLICATION DE LA LOI

1. Introduction

Un des objectifs des interventions antitabagisme du gouvernement est de réduire la prévalence du tabagisme et la consommation de tabac chez les jeunes. La *Loi sur la vente de tabac aux jeunes* (LVTJ), promulguée le 8 février 1994, interdit la vente de tabac aux jeunes âgés de moins de 18 ans et limite l'emplacement de distributrices de cigarettes aux bars et aux tavernes. La Loi vise à protéger la santé des jeunes en limitant leur accès aux produits du tabac.

C'est le Bureau de contrôle du tabac (BCT), Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, qui est responsable d'assurer l'application des dispositions de la LVTJ. Afin de s'acquitter de ses obligations, le BCT a pris les mesures suivantes :

1) informer les vendeurs de tabac au Canada de la LVTJ et de son règlement et des obligations que leur confère la Loi;

2) élaborer et mettre en oeuvre un programme national d'application de la loi visant à assurer le respect des dispositions législatives.

En janvier 1997, le BCT a procédé à l'évaluation du programme d'application des lois fédérales en matière de tabac, avec la participation financière de la Division de la planification stratégique et de l'évaluation de Santé Canada. L'étude a été confiée à Goss Gilroy Inc., entreprise d'experts-conseils située à Ottawa. L'évaluation visait à répondre, entre autres, aux questions suivantes :

A-t-on élaboré et distribué du matériel éducatif à l'intention des détaillants et des restaurateurs?
Est-ce qu'un plus grand nombre de détaillants comprennent les obligations que leur confère la LVTJ?
La *Loi sur la vente de tabac aux jeunes* a-t-elle été appliquée?
A-t-on constaté des améliorations au chapitre de la conformité?
La *Loi sur la vente de tabac aux jeunes* a-t-elle permis de réduire les ventes de tabac aux mineurs?

Le présent chapitre résume les conclusions du rapport de Goss Gilroy en ce qui concerne ces questions d'évaluation. À moins d'indication contraire, toutes les données présentées dans le chapitre sont extraites de ce rapport.

2. Réalisations du programme

2.1 Réalisations touchant la sensibilisation des détaillants

Puisque la LVTJ était une nouvelle loi, les activités d'information, en 1994-1995 et en 1995-1996, visaient surtout à informer les détaillants et le public des exigences prévues par la Loi. Pendant la période où la LVTJ est entrée en vigueur, trois initiatives d'information ont été entreprises par le BCT. Il s'agit des initiatives suivantes :

- Trousse d'information : en mars 1994, on a posté une trousse d'information à plus de 150 000 établissements de détail afin d'informer tous les détaillants susceptibles d'être concernés par la LVTJ. Les trousses d'information ont été acheminées directement aux détaillants ou par l'entremise d'associations industrielles ou d'associations de détaillants.

- Annonces dans les journaux : en février et en mars 1994, on a placé des annonces dans les grands quotidiens partout au pays en vue d'informer les détaillants et le grand public des principales dispositions de la LVTJ et de promouvoir un numéro 1 800 (sans frais) permettant d'obtenir de plus amples renseignements.

- Numéro 1 800 : on a établi un service téléphonique gratuit afin de répondre aux questions du grand public et des détaillants concernant la LVTJ. De plus, on a fourni, tel qu'exigé, des renseignements sur les lois provinciales, et posté la trousse d'information aux personnes qui l'ont demandée.

En plus des efforts décrits ci-dessus, la plupart des provinces ont élaboré et distribué leur propre trousse d'information. Des associations de détaillants ont aussi mené leur propre campagne de sensibilisation concernant le respect des lois relatives au tabac. Par exemple :

- L'Association nationale des distributeurs de tabac et de la confiserie ont fourni du matériel de formation destiné au personnel des détaillants. La documentation fournit des renseignements quant aux pièces d'identité acceptables et aux sanctions dont on peut faire l'objet lorsqu'on ne respecte pas la loi.

- À l'automne 1996, la *Canadian Coalition for Responsible Tobacco Retailing* lançait une nouvelle grande initiative visant à mettre fin à la vente illégale de tabac aux mineurs. L'initiative, qui s'appelait *Operation I.D.*, avait pour but de convaincre tous les détaillants d'appliquer une politique de « tolérance zéro » et d'exiger des pièces d'identité acceptables avant de vendre des produits du tabac à une personne dont l'âge est incertain. On a fait parvenir aux détaillants des renseignements et des trousses de formation contenant une gamme étendue d'outils de communication en magasin, comme des affiches et des affichettes à placer sur la caisse et sur le comptoir.

2.2 Augmentation de la sensibilisation des détaillants

Afin de mesurer l'efficacité des activités de sensibilisation, Santé Canada a chargé une entreprise d'experts-conseils, Optima, d'effectuer une enquête de suivi de trois ans (de 1995 à 1997) auprès des détaillants de tabac, qu'on appelle l'*Enquête auprès des détaillants de tabac sur la législation en matière de vente de tabac aux mineurs*. L'enquête visait à cerner les changements au chapitre du niveau de sensibilisation et de compréhension à l'égard des lois fédérale et provinciales concernant la vente de tabac aux mineurs.

On a mené une enquête postale en utilisant une stratification régionale de détaillants ainsi qu'une stratification par magasin de détail. On a établi les groupes de détaillants suivants : dépanneurs, supermarchés, grands magasins, stations service, pharmacies, boutiques de revues et de tabac, bars-restaurants, hôtels et salles de quilles et de billard. En 1995, l'échantillon regroupait 4 461 détaillants, et en 1996, 4 550. L'enquête a permis de déterminer à quel point les détaillants connaissaient les exigences de la loi en ce qui concerne les limites d'âge légal, les preuves d'âge, l'affichage relatif à l'âge légal, le nombre d'enseignes, le respect des lois touchant l'affichage et les amendes.

Les résultats des deux enquêtes indiquent une hausse de la sensibilisation des détaillants à l'ensemble de la loi entre 1995 et 1996, ce qui laisse croire que les campagnes d'information ont réussi à rejoindre les détaillants.

La Figure 1, ci-dessous, illustre le degré de connaissance des détaillants des quatre coins du Canada à l'égard de l'âge légal. Dans les six provinces où l'âge légal pour l'achat de tabac est de 19 ans (soit la Colombie-Britannique, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve), le degré de connaissance est d'environ 90 p. 100. Les provinces de l'Atlantique affichent une légère augmentation du degré de connaissance à l'égard de cette loi (sauf l'Île-du-Prince-Édouard, qui ne l'a adoptée qu'en 1995), alors que l'Ontario affiche une baisse de 4 p. 100 du degré de connaissance, passant de 93 p. 100 en 1995 à 89 p. 100 en 1996.

Preuve d'âge

À l'échelle nationale, on a déterminé qu'en moyenne, 96 p. 100 des détaillants savent qu'ils doivent demander une preuve d'âge en cas de doute.

Amendes

La Figure 2 montre que 91 p. 100 des détaillants au pays savent qu'ils peuvent être passibles d'amendes lorsqu'ils violent la loi, et que le degré de connaissance a augmenté dans toutes les régions, sauf Terre-Neuve, qui affiche une baisse de 4 p. 100.

Figure 1

DEGRÉ DE CONNAISSANCE À L'ÉGARD DE L'ÂGE LÉGAL

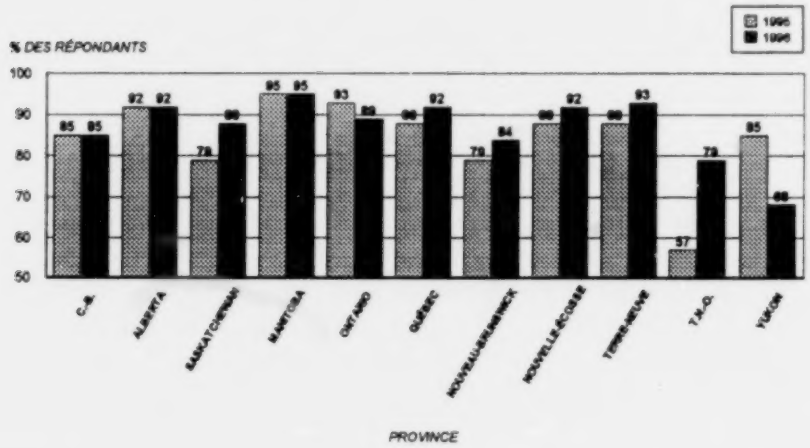
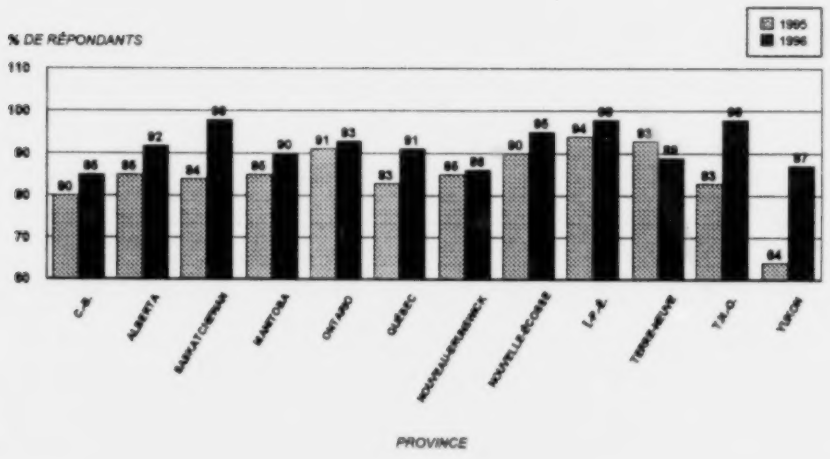


Figure 2

DEGRÉ DE CONNAISSANCE À L'ÉGARD DES AMENDES



Affichage de l'âge légal

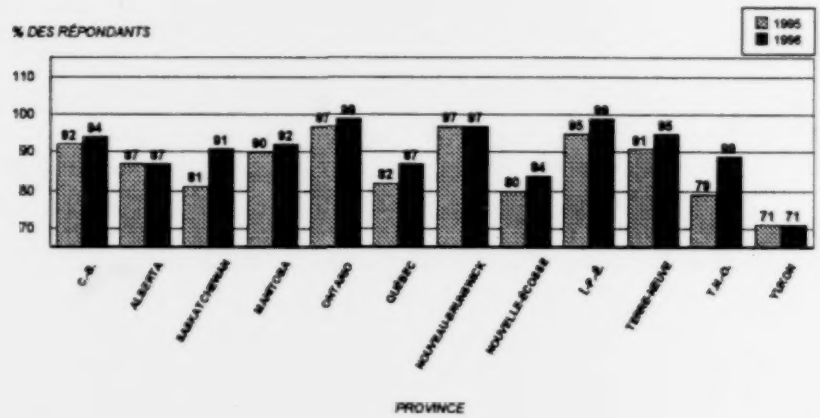
Le degré moyen de connaissance à l'égard de l'exigence selon laquelle les détaillants de tabac doivent placer des affiches indiquant l'âge légal est de 92 p. 100 (voir la Figure 3, ci-dessous). En 1996, le degré de connaissance a augmenté ou est demeuré le même dans toutes les provinces et territoires.

Nombre d'affiches

À l'époque où l'enquête a été menée, de nombreux détaillants de tabac de partout au pays ne savaient pas clairement combien d'affiches ils étaient tenus de placer. Toutefois, la connaissance de l'exigence selon laquelle on doit placer au moins une affiche est passée de 39 p. 100 en 1995 à 60 p. 100 en 1996.

Figure 3

DEGRÉ DE CONNAISSANCE À L'ÉGARD DES EXIGENCES RELATIVES À L'AFFICHAGE DE L'ÂGE LÉGAL



Visites d'application de la loi

En 1996, le pourcentage de détaillants qui ont reçu la visite d'un agent d'application de la loi au cours des six mois précédant le sondage a augmenté de 10 points de pourcentage, passant de 32 p. 100 en 1995 à 42 p. 100 en 1996. En 1995 et en 1996, les détaillants de tabac étaient beaucoup plus susceptibles que ceux qui n'offrent pas de produits du tabac d'avoir reçu la visite d'un agent d'application de la loi (32 p. 100 contre 7 p. 100, en

1995, et 42 p. 100 contre 5 p. 100, en 1996), ce qui montre que les programmes d'application de la loi visent les bons magasins.

Le nombre de visites d'application de la loi a augmenté en Colombie-Britannique (de 39 p. 100 en 1995 à 62 p. 100 en 1996), en Alberta (de 37 p. 100 à 52 p. 100), au Nouveau-Brunswick (de 12 p. 100 à 34 p. 100), en Ontario (de 42 p. 100 à 45 p. 100) et à l'Île-du-Prince-Édouard (de 21 p. 100 à 77 p. 100). Le Manitoba affiche une baisse de 14 p. 100, ayant passé de 59 p. 100 à 45 p. 100. Ces augmentations et baisses peuvent s'expliquer en partie par les variations du nombre de réponses « ne sait pas » d'une année à l'autre.

3. Réalisations au chapitre de la conformité des détaillants

3.1 Ententes avec les provinces

Comme nous l'avons déjà mentionné, on a conclu avec six provinces des ententes coopératives d'application des lois. Même si les ententes sont adaptées aux besoins de chaque province, les objectifs ainsi que les activités permettant de les réaliser sont essentiellement les mêmes. Ces ententes visaient à « établir une entente financière et administrative mutuellement acceptable qui réduirait au minimum le double emploi et le chevauchement des tâches et maximiserait la coopération et la coordination en ce qui concerne l'application des lois fédérales et provinciales liées au tabac ».

Le Tableau 1 indique les montants réels transférés aux provinces en vertu des ententes de contribution fédérales-provinciales. Conformément à ces ententes, des fonds sont transférés aux provinces, et les inspecteurs provinciaux sont chargés d'assurer l'application des lois fédérale et provinciale. L'Ontario fait exception à cette formule, car elle a demandé qu'un petit nombre d'inspecteurs fédéraux travaillent en étroite collaboration avec leurs homologues provinciaux. Pour ce qui est des provinces où aucune entente de contribution n'a été conclue, Santé Canada a engagé des inspecteurs fédéraux. Les territoires suivants ne sont pas visés par de telles ententes : région centrale (Manitoba et Saskatchewan), Alberta, T. N.-O. et Québec.

Chacune des six ententes de contribution définit clairement les activités qui doivent être exécutées, notamment les suivantes : surveillance, inspection, enquêtes découlant de plaintes ou de l'inquiétude de citoyens, collecte de renseignements, dénonciation de détaillants et d'annonceurs[5] non conformes au gouvernement fédéral et projets spéciaux.

Les mesures d'application de la loi se fondent sur une démarche graduelle. Premièrement, on informe les détaillants de leurs obligations, et on assure un suivi de leur conformité. On documente les infractions, on en avise les détaillants et on leur donne un avertissement. Les

---

5 L'entente de contribution conclue avec l'Ontario ne vise pas les annonceurs.

infractions répétées peuvent entraîner des poursuites. Les mesures prises seront fonction de la gravité de l'infraction.

Tableau 1 : Résumé des ententes de contribution fédérales-provinciales concernant la loi relative au tabac

Province	1994-1995	1995-1996	1996-1997	Total
Colombie-Britannique	160 000 $	550 000 $	200 000 $	960 000 $
Ontario		500 000 $	600 000 $	1 100 000 $
Nouveau-Brunswick	33 333,33 $	100 000 $	100 000 $	233, 333,33 $
Nouvelle-Écosse	33 333,33 $	100 000 $	100 000 $	233 333,33 $
Île-du-Prince-Édouard	16 667 $	50 000 $	50 000 $	116 667 $
Terre-Neuve et Labrador	33 333,33 $	100 000 $	100 000 $	233, 333,33 $

Source : Ententes de contribution fédérales-provinciales.

3.2 Lois fédérale et provinciales

À l'époque où la présente étude a été menée, sept provinces avaient adopté une loi visant à empêcher la vente de tabac aux jeunes : la Colombie-Britannique, le Manitoba[6], l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve et le Labrador. Il semble que ces provinces aient ressenti le besoin d'adopter une loi pour les raisons suivantes :

i) inquiétude de certaines provinces (avant l'annonce de la LVTJ fédérale) selon laquelle la réduction des taxes sur le tabac entraînerait une hausse du tabagisme chez les jeunes;
ii) craintes que la loi fédérale ne soit abrogée plus tard.

L'Annexe A résume les dispositions des lois de chaque province, selon les renseignements dont on disposait au moment de l'étude.

Les amendes et la durée de la suspension du permis de vendre des produits du tabac varient en fonction des diverses lois. De plus, les activités d'application de la loi varient d'une province à l'autre, allant de l'inspection seulement (Terre-Neuve et Labrador et Nouveau-Brunswick) ou la

---

[6] Le Manitoba est dans une situation particulière, car c'est la seule province à appliquer une loi provinciale sans avoir conclu une entente de contribution fédérale-provinciale. Une entente fut toutefois signée en 1997-98.

vérification de la conformité seulement (Manitoba) jusqu'à la surveillance (Ontario) en passant par la vérification de la conformité et le recours à des acheteurs mystères (Colombie-Britannique et Nouvelle-Écosse). Le Tableau 2, plus bas, résume les activités d'application de la loi menées par chacune des provinces.

Même si certains aspects des lois provinciales sur le tabagisme imitent et, dans certains cas, chevauchent ceux de la LVTJ, les ententes de contribution facilitent l'établissement d'un partenariat dans le cadre duquel l'application de la législation en matière de tabac ne fait pas double emploi. La seule exception à ce chapitre est le Manitoba, où il n'y a pas d'entente de contribution pour l'instant.

Goss Gilroy a signalé qu'en général, on n'éprouve pas de problèmes en ce qui concerne l'application de lois provinciales relatives à la vente aux mineurs et de la LVTJ car la loi provinciale subsume la loi fédérale lorsqu'elle est plus sévère; autrement dit, lorsque le personnel chargé de l'inspection assure le respect de la loi provinciale, il assure automatiquement le respect de la LVTJ. On repère un certain nombre d'aspects où les lois provinciales sont plus exigeantes. Mentionnons notamment que l'âge légal est supérieur sous le régime des lois provinciales : six des sept provinces fixent l'âge minimal à 19 ans, alors que la LVTJ fédérale fixe l'âge légal à 18 ans. Les distributrices sont interdites en Ontario et en Nouvelle-Écosse. Qui plus est, la loi fédérale ne prévoit pas la suspension du permis de vendre des produits du tabac, alors que la plupart des lois provinciales prévoient une telle suspension. L'Annexe A compare en détail la loi fédérale et les lois provinciales.

3.3 Activités d'application de la Loi

Presque 90 000 activités d'application de la loi ont été réalisées pendant l'exercice financier 1995-1996 et pendant les deux premiers trimestres de 1996-1997. La majorité (60 p. 100) de ces activités étaient des inspections, suivies des vérifications de conformité (26 p. 100). Comme en témoigne le Tableau 2, il semble que la région de l'Ouest soit plus avancée que le reste du Canada au chapitre de la vérification de la conformité. De fait, selon les personnes interrogées par CGI, la région de l'Atlantique ne fait que commencer à utiliser la vérification de la conformité à titre d'outil de l'application de la loi, et l'Ontario demeure la seule province qui utilise la surveillance et l'enquête à la suite de plaintes comme principaux outils d'application de la loi.

Il est à noter que le nombre de vérifications de la conformité effectuées au Nouveau-Brunswick comprend les phases un à trois et que l'Île-du-Prince-Édouard n'a commencé à effectuer des vérifications de la conformité qu'au troisième trimestre de 1996.

Tableau 2 : Résumé des activités d'application de la loi par les provinces

Prov./Région	Nbre d'inspections	Nbre d'activités de surveillance	Nbre d'enquêtes et de poursuites	Nbre d'activités de liaison	Nbre de vérifications de la conformité	Nbre total d'activités
Terre-Neuve	2 845	0	6	22	94	2 967
Île-du-Prince-Édouard	2 416	0	11	0	0*	2 427
Nouvelle-Écosse	1 599	0	568	23	539	2 729
Nouveau-Brunswick	3 138	11	81	91	0	3 321
Québec	8 858	5	543	155	5 252	14 813
Ontario (féd. ou prov.)	16 465	7 699	849	854	950	26 816
Région centrale	1 986	19	38	93	5 427	7 563
Région de l'Ouest (féd.)	3 497	8	180	398	4 697	8 780
Région de l'Ouest (C.-B.)	11 276	0	598	189	5 608	17 671
TOTAL	52 079	7 742	2 874	1 825	22 567	87 087

Sources : Rapports nationaux de Santé Canada et rapports provinciaux pour les provinces de l'Atlantique.

3.4 Niveau de conformité

À des fins d'évaluation, il importe de déterminer si ces activités déclarées ont influé sur le niveau réel de conformité. Deux enquêtes, commandées par la Direction générale de la protection de la santé, ont été menées par AC Nielsen en 1995 et en 1996 afin de déterminer la mesure dans laquelle les détaillants respectaient la LVTJ. L'enquête de 1995 visait à obtenir des données de base sur la conformité des détaillants à l'égard des dispositions de la LVTJ, et celle de 1996 examinait les tendances au chapitre de la conformité des détaillants à l'égard de la loi fédérale. Dans le cadre des deux enquêtes, on a sélectionné environ 5 000 établissements de détail dans 25 collectivités éparpillées dans les dix provinces à des fins de visite de conformité. Les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon n'étaient pas visés par l'enquête. Les sites sélectionnés représentaient de manière égale cinq catégories d'établissements où on vendait des produits du tabac, soit les suivants : supermarchés, succursales de chaînes de dépanneurs, petits magasins familiaux indépendants (y compris les magasins de quartier, les dépanneurs ne faisant pas partie d'une chaîne et les magasins populaires), les dépanneurs-stations service et postes d'essence et les pharmacies. En 1996, on a rendu visite à 4 950 détaillants.

Aux fins de ces enquêtes, on définissait le terme « conformité » en deux volets : i) refus de vendre du tabac aux mineurs, conformément à la LVTJ; et ii)) respect des exigences de la LVTJ concernant l'affichage. On a aussi mesuré, le cas échéant, le respect des lois provinciales. Le respect des lois provinciales en Colombie-Britannique, en Ontario, à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard signifie qu'on respecte la LVTJ, puisque la loi fédérale est moins rigoureuse que celle des provinces.

Les équipes de recherche qui ont rendu visite aux établissements qui offrent du tabac dans 25 villes de chacune des dix provinces étaient constituées d'un mineur, âgé de 15 à 17 ans, et d'un observateur adulte. Le rôle du mineur était de tenter d'acheter un paquet de cigarettes, et celui de l'adulte consistait à superviser le jeune et à collecter des données concernant l'affichage obligatoire prévu par la loi interdisant la vente aux mineurs. Le mineur ne portait aucune pièce d'identité et n'essayait pas de cacher son âge.

Les enquêtes menées par Nielsen ont permis de tirer les conclusions suivantes :

- le taux de conformité à l'échelle du pays est passé de 47,9 p. 100 en 1995 à 60,5 p. 100 en 1996. On a constaté une hausse du taux de conformité dans toutes les provinces, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick;

- un nombre plus important de détaillants exigeaient une pièce d'identité et refusaient de vendre aux mineurs; de fait, les détaillants qui demandaient une pièce d'identité étaient plus susceptibles de refuser de vendre du tabac si aucune pièce d'identité n'était fournie;

- moins de détaillants étaient disposés à vendre des produits du tabac aux mineurs de tous âges;

- l'âge du vendeur était lié à la propension à vendre des cigarettes aux mineurs : les jeunes vendeurs (environ le même âge que le mineur) et la catégorie des vendeurs les plus âgés, considérés comme des « aînés », étaient les plus susceptibles de vendre aux mineurs;

- le sexe du mineur était moins susceptible d'influer sur le taux de conformité en 1996 qu'en 1995;

- on a cerné des écarts considérables du taux de conformité d'un type d'établissement de détail à l'autre, même si la moyenne nationale indique une hausse de la conformité, toutes catégories de détaillants confondues; et

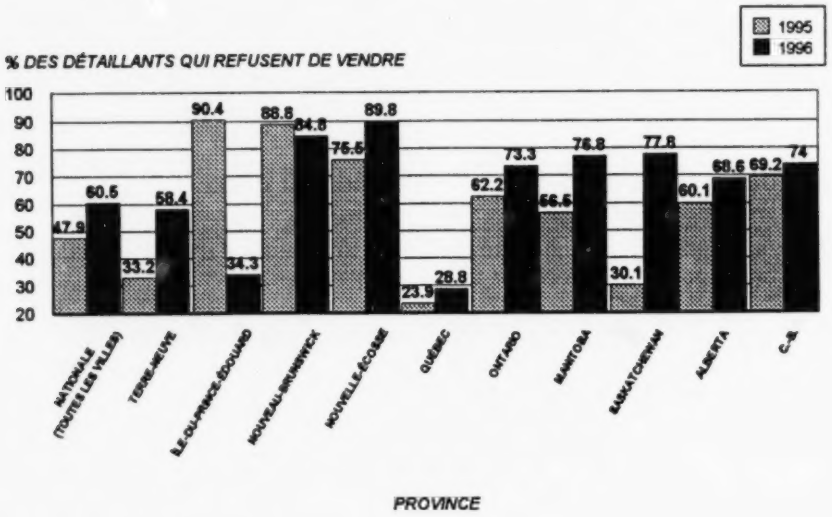
- même si la conformité au chapitre de l'affichage a baissé de 2 p. 100 à l'échelle nationale, seulement deux provinces (l'Ontario et le Manitoba) affichent une baisse.

Goss Gilroy a examiné les enquêtes locales sur la conformité qui ont été menées en Ontario et en Colombie-Britannique et rapporte que, même si l'on a repéré des écarts d'une enquête à l'autre,

toutes les enquêtes affichent une hausse de la conformité de 1995 à 1996. L'unité de recherche ontarienne sur le tabagisme signale aussi une augmentation de la conformité des détaillants de1994 à 1995, à la suite de la promulgation de la *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac* en 1994[7].

Figure 4

CONFORMITÉ DES DÉTAILLANTS PAR RÉGION



4. Réduction de la vente aux mineurs

Les résultats de l'étude menée par Goss Gilroy montre que, malgré l'augmentation de la conformité au pays, il ne semble pas y avoir eu réduction de l'accès des jeunes aux cigarettes ni réduction du taux de tabagisme chez les jeunes. Le rapport cite plusieurs études menées en 1995 et en 1996 qui montrent que les jeunes pouvaient encore facilement acheter des cigarettes auprès d'un détaillant habituel ou par l'entremise d'amis, de parents ou d'autres personnes.

5. Conclusions

Les preuves fournies par le rapport de l'*Enquête auprès des détaillants de tabac sur la législation en matière de vente de tabac aux mineurs* montrent que :

---

7 Unité de recherche ontarienne sur le tabagisme. *Monitoring the Ontario Tobacco Strategy, Progress Toward our Goals 1995/1996, Second Annual Report*, octobre 1996.

- le taux moyen de connaissance de l'obligation de demander une preuve d'âge en cas de doute était de 96 p. 100;
- le niveau moyen de connaissance de l'obligation d'afficher des enseignes indiquant l'âge limite dans les établissements de détail qui vendent du tabac était de 92 p. 100; et
- 91 p. 100 des détaillants au pays savaient qu'une personne qui viole la loi est passible d'une amende.

Les résultats des enquêtes menées par *AC Nielsen* indique une hausse de la conformité chez les détaillants. Les résultats des enquêtes nationales effectuées en 1995 et en 1996 montrent une hausse de 12,6 p. 100 au chapitre de l'estimation de la conformité des détaillants à l'échelle nationale en ce qui concerne la vente aux mineurs, qui est passée de 47,9 p. 100 en 1995 à 60,5 p. 100 en 1996.

Toutefois, malgré ces résultats positifs, Goss Gilroy signale qu'il est encore plutôt facile pour les jeunes d'acheter des cigarettes.

6. Besoin de maintenir le programme fédéral d'exécution de la loi

Goss Gilroy a conclu qu'il fallait maintenir le programme fédéral d'exécution de la loi. On a fait valoir les arguments suivants :

- certitude d'un certain engagement de la part de l'ensemble des provinces et territoires envers l'exécution des lois relatives au tabagisme;
- une réduction importante du financement fédéral en matière d'exécution de la loi pourrait être perçu comme un relâchement de l'engagement fédéral à réduire la consommation de tabac;
- puisque le gouvernement fédéral a des responsabilités en ce qui concerne l'exécution d'une loi, on doit prévoir des moyens qui permettent d'exécuter la loi fédérale (ou provinciale) relative au tabac;
- lorsqu'il n'y a pas d'entente de contribution et (ou) de loi établie, on peut se demander si bien des provinces « compenseront le manque à gagner ».

Sans financement fédéral :

- l'exécution des lois relatives au tabac ne serait plus une activité prioritaire et pourrait régresser et faire uniquement l'objet d'inspections ou d'enquêtes à la suite de plaintes;
- on mettrait à pied le personnel embauché pour assurer l'application des lois provinciales;
- si les activités d'exécution de la loi prennent fin, on craint fort que le taux de conformité ne retombe au niveau où il était avant l'établissement du programme.

CHAPITRE 4 : PROGRAMME D'ÉDUCATION ET DE SENSIBILISATION DU PUBLIC

Le volet d'éducation et de sensibilisation du public de la SRDT avait pour objectif d'informer et d'éduquer les Canadiens de tous âges et de leur permettre de prendre des mesures pour empêcher et réduire l'utilisation du tabac et (ou) l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE). On s'est particulièrement employé à sensibiliser les populations canadiennes les plus susceptibles d'utiliser le tabac, y compris les jeunes, les francophones, les femmes, les toxicomanes et les Autochtones. Le programme soutenait :

1. la recherche pour enrichir et améliorer les connaissances relatives à des facteurs comme : l'usage du tabac par les jeunes, les femmes, les francophones et les Autochtones; les différences entre les sexes en ce qui concerne l'augmentation ou l'arrêt de l'usage du tabac; l'influence des médias sur les décisions en ce qui concerne le tabac; les effets sur la santé des femmes qui consomment du tabac et (ou) sont exposées à la FTE; les caractéristiques de programmes fructueux qui visent à empêcher les jeunes et les femmes de fumer et à les encourager de cesser de fumer; les rechutes postnatales en matière de tabac; la rentabilité des programmes de prévention et de cessation destinés aux écoles et aux milieux de travail; et l'attitude et le comportement des médecins à l'égard de la désaccoutumance au tabac;

2. l'élaboration et l'évaluation de programmes et de ressources de contrôle du tabac appropriées selon l'âge, le sexe, la culture et la langue, afin d'améliorer l'accessibilité à des programmes et des ressources efficaces à l'intention des jeunes, des femmes, des parents, des enseignants, des dirigeants communautaires, des entraîneur et des /responsables de loisirs, des professionnels de la santé, des employeurs, etc.;

3. des études nationales visant à mettre à jour les renseignements sur l'accessibilité et l'impact des programmes et des politiques antitabac dans les écoles, les établissements de soins de santé, les milieux de travail, les garderies et les édifices publics;

4. la divulgation de renseignements et de meilleures pratiques concernant le tabac, afin d'aider les Canadiens, les recherchistes, les éducateurs, les professionnels de la santé, les parents et les dirigeants communautaires à concevoir et à mettre en oeuvre des programmes et des politiques de contrôle du tabac appropriés;

5. des activités pour augmenter le nombre de personnes et de collectivités participant à des activités de contrôle du tabac efficaces aux échelles nationale et régionale;

6. l'élaboration et la divulgation de programmes de formation et de perfectionnement professionnel efficaces et appropriés en matière de contrôle du tabac à l'intention des

professionnels de la santé, des éducateurs, des parents et des dirigeants communautaires qui travaillent avec les jeunes, les femmes, les francophones et les Autochtones.

La firme Jamieson, Beals, Lalonde & Associates Inc., d'Ottawa, a été mandatée pour effectuer l'évaluation de ce volet. À moins d'indication contraire, le contenu du présent chapitre est extrait du rapport de cet entrepreneur.

Au total, le PESP a accordé 146 contrats dans le cadre de la SRDT. Aux fins de l'évaluation, l'entrepreneur a examiné attentivement 30 projets qui ont été choisis parmi 40 projets exécutés et présélectionnés[8], et a effectué 64 entrevues avec des experts-conseils de Santé Canada, des entrepreneurs et d'autres intervenants externes liés aux projets. L'échantillon du PESP comprenait neuf projets de recherche, 19 ressources documentaires, un projet d'établissement de réseaux et un projet de planification stratégique. Parmi les populations cibles, mentionnons les enfants, les jeunes, les femmes, les Autochtones et les personnes handicapées.

Le projet comportait les types d'activités suivants, qui, croyons-nous, représentaient les activités entreprises dans le cadre du programme.

- *recherche :* évaluation des besoins, examen des documents, enquêtes, méthode Delphi et groupes de discussion
- développement de ressources documentaires naturelles : guides, trousses, programmes d'études, brochures et un CD ROM
- *établissement d'un réseau* : un projet de centre de femmes visant à établir un réseau de membres préoccupés par les questions liées au tabac
- *planification stratégique :* un atelier qui mettait l'accent sur une planification stratégique liée à la fumée de tabac ambiante (FTE).

Une liste complète des projets examinés est jointe en annexe B.

Le tableau 1 illustre une comparaison entre les caractéristiques de l'échantillon et celles de lénsemble des projets. Comme on peut le constater, les projets relatifs à l'usage du tabac chez les femmes étaient surreprésentés, alors que les projets concernant les populations prioritaires étaient sous-représentés.

---

8 La liste complète des 146 projets n'était pas disponible au moment où a été effectué l'examen. Les 30 projets examinés ont été choisis au hasard parmi les 40 qui avaient été exécutés et dont les renseignements étaient facilement accessibles. Dans le cadre du programme, on considérait que ces projets représentaient assez justement les projets du PESP.

Tableau 1 : Contrats conclus dans le cadre du PESP en 1994-1995 et 1996-1997

Population cible	N^bre total	(%)	Taille de l'échantillon	(%)
Les femmes et le tabac	54	37,0	14	46,6
Étudiants/jeunes	15	10,3	2	6,7
Populations prioritaires	49	33,6	6	20,0
Femmes enceintes et venant d'accoucher	10	6,8	3	10
FTE	18	12,3	5	16,7
Total	**146**	**100,0**	**30**	**10**

De nombreux projets concernaient plus d'une population cible de la SRDT. Dans l'ensemble, les populations examinées dans les échantillons de projet sont illustrées au tableau 2.

Tableau 2 - Populations examinées

Populations examinées	Nombre de projets
Enfants d'âge préscolaire	2
Enfants de 6 à 11 ans	
Jeunes	3
Jeunes adultes	7
Étudiants	6
Non étudiants	2
Autres jeunes	1
Jeunes femmes	1
Femmes enceintes	8
Autres femmes	8
Autochtones	13
Personnes handicapées	6
Autre (p. ex., professionnels de la santé, employeurs)	1
	14

Aucun des projets de l'échantillon ne visait particulièrement les sans-emploi, les personnes dont le niveau d'alphabétisation est faible ou les groupes ethno-culturels. Financés au moyen d'un

contrat, tous les projets, sauf quatre, étaient complètement terminés au moment de l'examen. Le montant du financement variait grandement d'un projet à l'autre (8 584 $ à 941 456 $), comme l'illustre le tableau 3.

Tableau 3 - Niveaux de financement

Catégorie	Nombre de projets	Pourcentage
Moins de 10 000 $	1	3
De 10 000 $ à 50 000 $	4	13
De 50 000 $ à 75 000 $	8	27
De 75 000 $ à 100 000 $	6	20
De 100 000 $ à 200 000 $	5	17
Plus de 200 000 $	6	20

Neuf (9) projets comportaient un volet d'évaluation, et sept rapports d'évaluation étaient en dossier au moment de l'examen. De plus, deux ressources documentaires comprenaient des outils d'évaluation « intégrés » destinés aux responsables de programme.

1. Respect des objectifs de la SRDT

Tous les projets correspondaient aux objectifs de la SRDT et comprenaient une combinaison d'objectifs relatifs à la prévention (20), à la désaccoutumance (19) et à la protection (10), comme l'illustre le tableau 4.

Tableau 4 - Objectifs

Objectif	Fréquence	Pourcentage
Prévention uniquement	7	23,3
Désaccoutumance uniquement	8	26,7
Protection uniquement	2	6,7
Prévention et désaccoutumance	6	20,0
Prévention et protection	2	6,7
Prévention, désaccoutumance et protection	5	16,7
Total	**30**	**100**

2. Projets de recherche

L'examen des projets du PESP révèle qu'on a financé un large éventail de projets de recherche sur de nouveaux sujets et des populations prioritaires. L'échantillon comprenait un total de neuf projets de recherche. Nombre des projets de développement des ressources comportaient également un volet de recherche faisant partie du processus de développement. L'échantillon comprenait ce qui suit :

- *Étudiants/jeunes (1) :* La commercialisation du tabac et les jeunes : examen des attitudes et des comportements découlant de la publicité et des commandites de l'industrie du tabac, étude empirique établissant un lien entre la commercialisation du tabac et le parrainage des jeunes — les résultats de cette étude ont été présentés au Comité permanent de la santé; une étude qualitative révèle qu'il existe des différences entre les sexes chez les pré-adolescents et les jeunes adolescents qui commencent à fumer, ce qui a remis en question et précisé certains mythes et idées fausses.

- *Les femmes et le tabac (4) :* Le PESP est fondé sur une série d'études concernant les femmes, le tabac et les médias effectuées en 1989 dans le cadre du projet « Images variées : les femmes, le tabac et les médias », qui faisait le portrait des femmes et du tabac dans les médias et qui examinait ses impacts éventuels sur le comportement des femmes qui fument; *Women and Cessation: Identification of the Cessation Programming Needs for Women to Quit Smoking* examinait les risques pour la santé associés à la cigarette et fournissait des renseignements sur des stratégies de cessation, le projet intitulé *Needs Assessment of Disavantaged, High-priority English-speaking Women* visait à enrichir les connaissances sur les attitudes et les comportements relatifs à l'usage du tabac de ce groupe, et a fourni des renseignements sur de nouvelles ressources (p. ex., *Bridging the Visions* et la Trousse communautaire); une étude des besoins des femmes francophones et de leur comportement relatif à l'usage du tabac a examiné les documents actuels portant sur les comportements relatifs à l'usage du tabac des femmes francophones et étudié leurs besoins en matière de ressources.

- *FTE (1) :* Le PESP a financé une enquête sur les parents d'enfants de 12 ans ou moins et les autres membres de la famille (comprenant des groupes de discussion visant à améliorer les connaissances des parents et les attitudes et les pratiques relatives à la FTE, et à fournir des renseignements pour permettre l'élaboration de politiques et de programmes sur les questions liées à la FTE.

- *Enquête sur l'attitude et le comportement des médecins à l'égard du renoncement au tabac :* Le PESP a financé cette enquête visant à élaborer des connaissances sur l'influence que semblent avoir les médecins sur leurs patients en ce qui concerne le renoncement au tabac et la FTE, à donner des exemples de la façon dont ils abordent cette question et à examiner les besoins en formation des médecins à cet égard.

- *Impact économique des politiques relatives à la FTE/loi s'appliquant au secteur de l'accueil :* Cette étude visait à examiner l'impact économique de la mise en oeuvre de restrictions et de programmes relatifs au tabac principalement dans le secteur de l'accueil, et à obtenir des renseignements pour soutenir les entreprises qui envisagent d'interdire le tabac dans leur milieu de travail.

On a utilisé une grande diversité de méthodologies, dont l'examen de documents et de bases de données, la méthode Delphi et des enquêtes. Il semble que l'utilisation intensive de groupes de discussion a permis d'obtenir des renseignements valables, détaillés et de qualité sur la consommation de tabac et le contrôle de son utilisation.

3. Ressources documentaires du PESP

Le PESP a financé toutes sortes de ressources documentaires comme des brochures, des guides, des programmes de formation et des trousses. Notre échantillon comportait un total de 19 ressources documentaires reflétant adéquatement la grande diversité de questions et les populations cibles[9], notamment :

Ressources documentaires destinées aux écoles, aux enfants et aux jeunes (5) : Le PESP a financé un large éventail de ressources destinées aux enfants et aux jeunes, notamment : un trousse Vivre sans fumer à l'intention des jeunes enfants; la mise en oeuvre et l'évaluation d'un programme « D'un enfant à l'autre » visant à promouvoir la santé à Ottawa et auprès des Autochtones et des Inuits; « À bas le tabac », un projet visant à encourager les étudiants des écoles secondaires à vivre une vie active et sans fumée; l'élaboration d'un volet tabagisme dans le *Youth Peer Counselling Manual* conçu pour les Autochtones et de « Une vie 100 fumer », programme d'abandon de l'usage du tabac destiné aux jeunes. Ces ressources sont généralement axées sur une forte participation et intègrent les stratégies de transfert de connaissances établies et efficaces comme l'apprentissage auprès de pairs. Comme les recherches le montrent, ces éléments caractérisent des interventions plus fructueuses.

Les femmes et le tabac (5) : Le PESP a financé une gamme substantielle de ressources destinées aux femmes, notamment : la mise en oeuvre et l'évaluation d'un programme de renoncement au tabac à l'intention des femmes à faible revenu; la mise en oeuvre d'un programme de renoncement au tabac destiné aux femmes autochtones du Manitoba, de l'Ontario et du Québec; une brochure de référence portant sur les questions liées au tabac et aux femmes handicapées; un document de travail et un guide d'introduction portant sur les adolescentes, le tabac et l'activité physique; et un guide sur les programmes de tabagisme établissant la différence entre les sexes. Dans l'ensemble, ces ressources semblent être fondées sur des recherches concernant l'attitude, les connaissances et le

---

9 L'échantillon ne comprenait aucun projet visant particulièrement les sans-emploi, les personnes dont le niveau d'alphabétisation est peu élevé ou les groupes ethno-culturels.

comportement des femmes au chapitre de l'usage du tabac et sur une approche axée sur les femmes.

Projets antitabagisme relatifs aux soins prénatals et post-natals (2) : Élaboration, mise en oeuvre et mise à l'essai d'interventions polyvalentes visant à réduire l'incidence du tabac et le nombre de rechutes des femmes et de leurs partenaires durant la grossesse et après l'accouchement, et série de brochures destinées aux fournisseurs de soins prénatals et post-natals, deux exemples de stratégies détaillées et innovatrices visant à aborder les questions liées au tabac au sein de ce groupe hautement prioritaire.

Populations prioritaires (2) : Le PESP a financé, par l'entremise de professionnels de la santé et d'autres fournisseurs de soins de santé, un certain nombre de projets destinés à des populations hautement prioritaires, notamment : l'élaboration d'un programme de télé-apprentissage à l'intention des professionnels de la santé, des bénévoles et des non-spécialistes participant à des programmes d'antitabagisme et d'un module de formation sur le renoncement au tabac destiné aux fournisseurs de soins périnatals.

FTE (2) : Le PESP a financé un atelier de planification stratégique sur la FTE, afin de soutenir d'autres travaux portant sur la FTE dans les endroits publics. Le programme a également financé l'élaboration d'un encart de promotion de la santé en matière de FTE, destiné aux parents et aux fournisseurs de soins aux jeunes enfants et distribué dans *Canadian Living/Coup de Pouce*.

Établissement de réseaux (1) : Alors que de nombreux projets du PESP comportent des éléments relatifs à l'établissement de réseaux, un projet visait spécifiquement à bâtir un réseau d'organismes de femmes et de santé concernant des questions liées au tabagisme. Ce projet semble avoir produit des résultats mixtes durant la première année; le financement n'a pas été renouvelé[10].

4. Conclusions

La modification des attitudes et des connaissances du public à l'égard de la consommation de tabac et du contrôle de son utilisation est essentiellement un processus itératif à long terme qui comprend les étapes suivantes :

- améliorer la base de connaissances grâce à la recherche;
- transformer les connaissances en stratégies et en ressources de sensibilisation et d'information du public;
- divulguer et transférer les connaissances aux populations cibles appropriées;
- créer un impact sur les connaissances et la sensibilisation.

---

10 Au bout d'un an, la SRDT a cessé le financement de ce projet qui devait durer deux ans.

On doit examiner les réalisations et les répercussions du PESP dans le contexte plus large de la consommation du tabac et des facteurs de contrôle, particulièrement l'efficacité et la portée de la commercialisation effectuée par l'industrie du tabac durant la période de la SRDT. D'une importance équivalente, les réalisations et les répercussions du PESP doivent correspondre à des attentes raisonnables en ce qui concerne un programme de sensibilisation et d'information du public à court terme (trois ans), qui, d'un point de vue administratif, doit comprendre la planification, la mise en oeuvre, l'évaluation et la divulgation des résultats du projet. Enfin, il est très important de souligner que, à l'exception des projets comportant une évaluation intégrée (comme Une Vie 100 fumer), il était impossible d'obtenir de nombreuses données précises sur la mesure dans laquelle les projets du PESP ont eu un impact réel sur la sensibilisation et les connaissances des groupes cibles.

L'entrepreneur affirme que le PESP a effectué des progrès raisonnables en ce qui concerne les diverses questions de contrôle et de consommation du tabac, et a contribué à améliorer les connaissances à cet égard. Plus particulièrement, l'entrepreneur est d'avis que le PESP :

- *a apporté une contribution valide aux connaissances relatives aux nouvelles questions ou à celles qui font l'objet de peu de recherche*, comme la FTE, les différences entre les sexes en ce qui concerne les connaissances, les attitudes et les comportements liés à l'usage du tabac, l'influence de la commercialisation de l'industrie du tabac sur la consommation de tabac par les jeunes, l'influence des médias sur les femmes et leur consommation de tabac, et les répercussions économiques des politiques et des programmes de tabagisme;

- *a fait preuve d'un engagement envers des processus d'élaboration de programmes structurés et de qualité*, comme l'élaboration de programmes axés sur la recherche, la formation de groupes de discussion et l'établissement d'essais pilotes, l'évaluation des processus et l'examen des programmes;

- *a généré une connaissance améliorée des méthodes et des stratégies permettant de sensibiliser les populations prioritaires et de modifier leurs connaissances, leurs attitudes et leur comportement en ce qui concerne l'usage du tabac*, comme des stratégies d'apprentissage auprès de pairs destinées aux jeunes, des ressources appropriées destinées spécifiquement aux Autochtones, des stratégies de renforcement de l'autonomie des femmes et de renoncement au tabac.

5. Impact stratégique

L'entrepreneur estime que les projets de l'échantillon correspondent tous aux objectifs généraux de la SRDT. Cependant, il n'a pas trouvé de plan stratégique officiel ni de critères de financement particuliers en ce qui concerne le PESP. Les ateliers et les discussions auxquels ont participé les intervenants ont porté sur les questions comme les femmes et le tabac, la FTE, les francophones et le tabac et les populations étudiantes afin de déterminer les priorités d'action. Les responsables de la SRDT affirment que les projets du PESP ont été présentés aux membres

du Comité directeur national de la stratégie nationale de lutte contre le tabagisme afin d'obtenir leurs commentaires.

Il est difficile de mesurer de façon précise la contribution stratégique que chacun des projets a apportée en ce qui concerne les décisions et (ou) les populations prioritaires de la SRDT. Bien qu'on n'ait trouvé aucune preuve de chevauchement ou de dédoublement injustifié, un plan stratégique officiel, lié à un mécanisme de suivi et de partage de l'information et adopté au début de la SRDT aurait pu se révéler utile pour créer une meilleure synergie et mettre l'accent sur l'objectif dès le début de la stratégie.

Les personnes interviewées ont soutenu de façon constante le type d'approche utilisé dans des projets comme le PESP et souligné la pertinence de ce dernier lorsqu'il s'agit d'améliorer l'information du public au sujet de la consommation de tabac et du contrôle du tabagisme et sa sensibilisation à cet égard. Toutes les personnes interrogées se sont dites préoccupées par le fait qu'on ne pourrait tirer profit des avantages éventuels des projets du PESP après le 31 mars 1997, si le financement de la SRDT était interrompu. On doit effectuer d'autres recherches, partager constamment l'information et exécuter des programmes et des activités permanentes après l'étape initiale d'élaboration, parce que les questions abordées par la SRDT sont toujours extrêmement pertinentes aux yeux des Canadiens, que les besoins des populations prioritaires existent toujours et que d'autres sources de financement n'ont pas encore été déterminées.

CHAPITRE 5 : PROGRAMME D'INITIATIVES COMMUNAUTAIRES

L'objectif du Programme d'initiatives communautaires (PIC) consistait à soutenir et à renforcer la capacité des collectivités et des organismes communautaires sans but lucratif, partout au Canada, d'intervenir dans le dossier du tabac et d'atténuer le tort que cause le tabac aux individus, aux familles et aux collectivités. Pour y arriver, les autorités ont convenu de donner accès à des contributions financières à durée fixe (au maximum trois ans) destinées à financer les projets d'envergure locale, régionale ou nationale.

Le PIC a été conçu pour faire valoir les principes suivants[11] :

- Mettre en branle des activités — prévention, renoncement et protection — conçues pour prévenir et (réduire) le tort causé par l'usage du tabac;
- Faire participer les groupes cibles à tous les stades du projet (p. ex., la planification, l'application et l'évaluation) pour s'assurer que celui-ci est à-propos;
- Consolider les partenariats et la capacité des collectivités et organisations nationales, provinciales-territoriales et locales d'intervenir dans le dossier du tabac;
- Favoriser l'action communautaire en faveur de la promotion de la santé[12].

Le programme visait à soutenir les activités de prévention, de renoncement et de protection touchant les personnes à risque et difficiles à joindre, par exemple les Autochtones, les enfants, les jeunes et les femmes. Les projets comme les suivants y étaient admissibles :

- les projets d'action communautaire et de développement organisationnel (notamment le soutien à l'égard de coalitions et de réseaux);
- les projets pilotes de démonstration;

---

11 Santé Canada (août 1994), *Stratégie de réduction de la demande de tabac,* Programme d'initiatives communautaires.

12 Le terme « communautaire » englobe à nos fins une région géographique, un groupe de personnes ayant des intérêts ou des préoccupations en commun ou encore un groupe de personnes résidant dans la même localité. Notons qu'on a conféré une dimension nationale au programme de manière à financer des organisations comme l'Association nationale pour les droits des non-fumeurs, qui met à exécution des programmes de développement communautaire à l'échelle nationale, et la Pauktuutit Inuit Women's Association, organisme à vocation nationale qui fait un travail d'éducation et de sensibilisation du public dans les collectivités éloignées du Nord.

- les activités d'éducation et de formation (p. ex., les conférences, symposiums, ateliers de formation, projets spéciaux et activités d'avancement des connaissances);

- élaboration et diffusion des « ressources » destinées aux groupes désignés dans la SRDT (dépliants, exposés, documents vidéo, documentation, ressources informatiques, programme d'études, matériel didactique).

Exception faite des projets d'envergure nationale, l'administration de la plupart des projets associés au PIC relevait des bureaux régionaux de Santé Canada, qui consultaient les autorités provinciales-territoriales et des organisations non gouvernementales.

Le PIC a permis de financer 234 projets en tout, pour une somme totale de 21 millions de dollars. Les renseignements donnés dans le présent chapitre proviennent d'exercices de collecte de données réalisés par le Groupe Merlin Inc.[13] de mars 1995 à février 1997, pour le compte des responsables du Programme, aussi bien que d'une étude d'évaluation réalisée par Jamieson, Beals, Lalonde et Associés Inc. (JBL)[14]. Les deux études se complètent : les enquêtes du Groupe Merlin ont permis de recueillir des renseignements détaillés sur les caractéristiques des projets et l'ampleur des activités associées aux projets communautaires, alors que l'étude de JBL a fait le point sur des questions d'ordre général, par exemple la concordance des projets avec les objectifs de la SRDT, les effets sur les groupes cibles, etc. Les représentants de quelque 75 p. 100 des projets financés ont rempli le questionnaire détaillé envoyé par le Groupe Merlin. La société Jamieson, Beals, Lalonde et Associés Inc. a examiné à fond 40 projets représentatifs de l'ensemble national, choisis au hasard parmi les 234 projets financés grâce au Programme d'initiatives communautaires, interviewant notamment des experts-conseils de Santé Canada, parrains de projet et des intervenants externes.

Il peut sembler que l'étude de JBL « chevauche » l'exercice de collecte de données du Groupe Merlin. Il faut se rappeler que l'étude de JBL devait représenter un examen indépendant du programme.

1. Caractéristiques des projets

Le tableau 1 illustre la répartition des projets selon les objectifs de la SRDT — prévention du tabagisme, renoncement au tabac et protection. Selon le Groupe Merlin, plus de 50 p. 100 des ressources touchaient à la prévention.

---

13 Bilan des projets associés au PIC établi par le Groupe Merlin en vertu d'un contrat avec Santé Canada.

14 Évaluation de la stratégie de réduction de la demande de tabac, Jamieson, Beals, Lalonde et Associés, avril 997.

Tableau 1
Répartition des projets par objectif SRDT

Objectif SRDT	Pourcentage de projets
Prévention	29 %
Renoncement	23 %
Protection	7 %
Combinaison	41 %
Total	**100 %**

Le financement du PIC devait permettre la réalisation de projets comportant un ou plusieurs des genres d'activités suivants : a) action communautaire et développement organisationnel; b) démonstration, c) éducation et formation, et d) développement de ressources. Le tableau 2 illustre la répartition des projets par genre d'activités.

Tableau 2
Répartition des projets par genre d'activité

Activité	Pourcentage de projets
Formation	18 %
Développement de ressources	13 %
Action communautaire/développement organisationnel	7 %
Démonstration	6 %
Combinaison	56 %
Total	**100 %**

Les groupes cibles des projets communautaires étaient, dans 56 % des cas, les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Le tableau 3 illustre la répartition des projets par groupe cible désigné dans la SRDT.

Selon l'estimation du Groupe Merlin, les projets associés au PIC sont à l'origine de presque 8 500 heures de travail rémunéré et bénévole; de partenariats nouveaux conclus avec presque 3 000 organismes locaux, régionaux ou nationaux; de plus de 2 500 séances de formation réunissant plus de 50 000 personnes. Ils ont produit plus de 25 000 ressources ou produits de communication et distribué près de 150 000 exemplaires; ils ont permis à 6 000 personnes de participer à des ateliers de renoncement au tabac, dont on sait que 1 200 ont cessé de fumer; et ont organisé presque 2 000 autres activités, expositions, exposés ou présentations dont l'auditoire est estimé à plus de 150 000 personnes.

Tableau 3
Répartition des projets par groupe cible

Groupes cibles	Pourcentage de projets[15]
Enfants, adolescents et jeunes adultes	36 %
Femmes	28 %
Autochtones	13 %
Membres d'un groupe ethno-culturel	10 %
Personnes handicapées	4 %
Chômeurs	16 %
Analphabètes	21 %
Total	**100 %**

2. L'évaluation nationale

Jamieson, Beals, Lalonde et Associés se sont penchés sur 40 projets associés au PIC. Les projets en question entraient dans les catégories suivantes :

- Projets d'envergure nationale (2);
- Projets d'activité communautaire et de développement organisationnel (25);
- Production de ressources (4);
- Projets de démonstration (1);
- Conception et exécution de programmes (4);
- Éducation et sensibilisation (2); ou
- Autres (2).

Essentiellement, l'étude portait sur les questions suivantes : a) la concordance des projets financés avec les objectifs de la SRDT et les groupes cibles; b) l'impact des projets, notamment pour ce qui touche le renforcement des capacités à l'échelon communautaire; et c) la viabilité à long terme des projets. À moins d'indication contraire, les renseignements décrits ci-dessous proviennent du rapport d'évaluation de JBL.

Voici une brève description des genres de projets inclus dans l'échantillon[16].

- Les *projets d'envergure nationale* englobent notamment le financement des travaux de l'Association pour les droits des non-fumeurs sur les principales questions touchant le contrôle du tabac et le programme d'éducation et de sensibilisation de la communauté inuit à l'usage du tabac.

---

15 La somme des pourcentages ne donne pas 100 %, car les projets peuvent viser plus d'un groupe cible.

16 La description que fait JBL du genre d'activités associées au projet en question concorde avec celle d'autres sources d'information comme le Groupe Merlin et la base de données du PIC.

- *L'action communautaire et le développement organisationnel* englobent la grande majorité des projets du PIC inclus dans l'échantillon. Il s'agit de mesures communautaires d'action et de soutien, notamment d'activités visant à conscientiser les gens, à réduire le tabagisme ou à faire qu'une collectivité puisse vivre « sans fumer », avec l'accent mis sur la prévention du tabagisme et le renoncement au tabac chez les jeunes. Les responsables de la plupart de ces projets ont produit ou produiront des ressources susceptibles d'être utilisées ailleurs.

- Les *ressources* concernent notamment deux projets reposant sur la nouvelle technologie de l'information (CD-ROM, Internet, etc.).

- *Un projet de démonstration* touchant la consommation du tabac chez les jeunes et les adolescents à l'intérieur des communautés ethno-culturelles.

- Les projets *d'élaboration et (ou) de prestation de programmes* : des programmes ou des mesures de soutien visant le renoncement au tabac.

- *Les projets d'éducation et de sensibilisation*, qui se passent d'explications.

- *Les autres projets* : un projet en particulier consistait à faire procéder à une évaluation des besoins des mères qui fument dans une optique de recherche, et un autre, à soutenir l'évaluation faite des projets associés au PIC.

3. Relation avec les objectifs de la SRDT

Tous les projets faisant partie de l'échantillon du PIC étaient conformes aux objectifs globaux de la SRDT et, de façon générale, conformes aux critères de financement du PIC établis au départ. Le sous-traitant a fait remarquer que deux des projets d'envergure nationale financés ne répondaient pas rigoureusement aux critères du PIC, mais qu'au sens stratégique, ils comportaient des mesures d'action communautaires. Selon les critères de financement du PIC, la recherche « pure » n'est pas admissible. Toutefois, un des projets financés de l'échantillon consistait surtout à procéder à une évaluation des besoins dans une optique de recherche; par conséquent, il ne répondait pas rigoureusement aux critères de financement du PIC (mais il respectait tout de même les objectifs de la SRDT). Les autorités de Santé Canada signalent que tous les projets associés au PIC ont été autorisés à la suite d'un processus d'examen tant interne qu'externe.

Les projets de l'échantillon du PIC comprenaient une combinaison d'objectifs : prévention (29), renoncement (25) et protection (20). La liste complète des projets examinés se trouve à l'annexe C.

Au moment de l'évaluation, seulement 15 des 40 projets avaient abouti à la production d'un rapport final, étant donné surtout qu'un grand nombre de projets ne se termineront pas avant le 31 mars 1997. Il n'est donc pas étonnant de constater que seulement 14 des 40 projets avaient abouti à la production de rapports d'évaluation. L'absence de rapports finaux et de rapports d'évaluation a une incidence sur la portée des constatations et des conclusions. Le sous-traitant a tenu compte de données subjectives plus qu'on ne l'avait prévu.

De façon générale, les personnes interviewées ont affirmé que les projets ont répondu, ou répondent, aux objectifs à court terme. Dans certains cas, on était d'avis que certains éléments des projets se révélaient plus heureux que d'autres. Par exemple, dans le contexte de certains projets d'action communautaire, la mobilisation n'a pas pris l'ampleur prévue (on estimait que les délais étaient souvent trop courts pour que l'on puisse utiliser pleinement les membres de la collectivité). Par ailleurs, d'autres projets ont dépassé les objectifs fixés au chapitre de la participation — on a réussi à recruter un plus grand nombre de facilitateurs que prévu pour exécuter un programme.

4. Effets du PIC sur le développement et le renforcement des capacités au sein d'une activité

4.1 Développement de la collectivité

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, un grand nombre des projets associés au PIC tiraient tout juste à leur fin, et on ne disposait que de renseignements limités sur leurs effets. Il n'y avait que 15 rapports finaux et 14 rapports d'évaluation. Ces renseignements limités, conjugués aux données subjectives tirées des entrevues, ont néanmoins permis de dégager une tendance. Depuis le tout début (lettres de soutien) jusqu'au déroulement des activités elles-mêmes, les projets associés au PIC ont bénéficié de niveaux uniformément élevés de soutien et de participation de la part des membres de la collectivité. Quant à l'impact des projets sur le développement communautaire, on croit tout au moins que les projets axés sur l'action communautaire ont sensibilisé les gens aux méfaits de la consommation du tabac et au contrôle du tabac dans divers contextes — zones urbaines, régions rurales, régions éloignées, notamment dans le Nord, et, parmi les groupes cibles prioritaires — les femmes, les Autochtones et les jeunes. Dans de nombreux cas, le nombre de participants et de partenaires actifs était plus élevé que prévu. La plupart des personnes interviewées ont quand même affirmé que cela ne s'arrêtait pas du tout là.

- *accroissement et niveau de compétence pour le développement communautaire :* un grand nombre des initiatives communautaires ont permis de former les membres de la collectivité pour qu'ils puissent prendre en charge le développement communautaire. La facilitation représente une des compétences en question.

- *retombées sur d'autres aspects de la vie des gens :* un grand nombre des activités de programme et des actions communautaires auraient eu un impact sur l'estime de soi (chez les femmes à faible revenu, par exemple) et sur la confiance en soi (chez les

enfants de la rue, par exemple). Certaines activités à l'intention des élèves et étudiants ont produit sur les parents des effets positifs auxquels on ne s'attendait pas.

- *amélioration de la vie collective :* plusieurs projets ont abouti à l'élaboration de mesures officielles, par exemple des règlements municipaux sur le contrôle du tabagisme.

À ce stade, il est difficile de mesurer le « succès » ou « l'efficacité » des projets associés au PIC quant à leur impact à long terme sur le développement communautaire. Une des raisons, c'est qu'il n'existe que peu de rapports d'évaluation, de sorte que les informations concrètes sur les résultats font défaut. Dans bien des cas, les personnes interviewées ont surtout associé la notion de développement communautaire aux gains immédiats du projet, c'est-à-dire les partenariats créés et les réseaux entrepris. Il reste à voir quel sera l'impact à long terme sur le développement communautaire.

Autre préoccupation : le délai limité imparti aux projets associés au PIC, notamment son effet sur les réalisations auxquelles on s'attend du point de vue du développement communautaire. Nombre des personnes interviewées ont fait remarquer que le développement communautaire prend du temps et que, dans le cas d'une question comme celle du tabac, elle peut être considérée comme étant d'une importance relative (p.ex., chez les jeunes et au sein des communautés autochtones), de sorte qu'il faut déployer d'importants efforts d'éducation et de sensibilisation — avant qu'il ne puisse y avoir mobilisation. Compte tenu du court délai imposé aux projets relevant du PIC, on estime que cela a eu pour effet de limiter les réalisations sur le plan du développement communautaire.

En guise de conclusion, signalons que bien que les projets associés au PIC soient perçus comme créant un certain « momentum » et comme aidant à mobiliser les membres de la collectivité à court terme, peu de données laissent voir quel en serait l'impact à long terme.

4.2 Renforcement des capacités

Tout simplement, le renforcement des capacités, c'est la contribution que peuvent apporter les projets financés grâce au PIC à la capacité qu'a une collectivité d'intervenir — autrement que par la SRDT — dans le dossier de la consommation et du contrôle du tabac. Les personnes que nous avons interviewées sont d'avis que les projets en question ont contribué, ou contribueront, au renforcement des capacités, surtout par les effets suivants :

- améliorer les connaissances et les compétences des membres de la collectivité, par une participation au procédé de développement et de mobilisation reliés au projet et par un investissement particulièrement important dans les procédés d'habilitation des jeunes et des femmes;

- élargir les partenariats et les réseaux parmi les membres de la collectivité et diverses organisations — écoles, organismes voués aux jeunes, services de santé, etc.;

- donner des ressources et des outils de travail qui peuvent servir à d'autres projets et dans d'autres contextes.

On se soucie de la notion de partenariat dans le contexte du PIC et de l'appréciation (du point de vue de la planification) de ce qu'il faut pour créer les partenariats qui contribueront au « renforcement des capacités ». Visiblement, le processus d'édification d'un partenariat est complexe et suppose les tâches suivantes :

- trouver le bon partenaire local et le bon « parrain » du projet, et cultiver les rapports avec eux;

- négocier les rôles et les responsabilités des partenaires (soutien ou autorisation du projet, ressources, conseils, participation active, etc.);

- s'assurer sans cesse de communiquer et de régler des problèmes pendant que dure le projet.

Une question se pose : a-t-on suffisamment pensé à la répartition des ressources accordées au projet (compétences, expertise, temps, etc.) d'une manière qui permettrait aux responsables de rechercher le partenariat, d'y investir, de l'édifier — surtout une fois que le projet bat son plein. Il semble qu'il soit parfois difficile pour le personnel chargé d'un projet d'accorder la priorité aux questions à long terme inhérentes à un partenariat (c.-à-d. au-delà du délai imparti) : ce sont les questions immédiates liées à la mise en oeuvre du projet qui l'occupent.

4.3 Viabilité

Dans la plupart des cas, les gens s'intéressent à l'idée de poursuivre l'activité et sont animés de bonnes intentions, mais il n'y a pas grand chose qui laisse transparaître des desseins concrets visant à explorer la pertinence, l'à-propos ou la viabilité d'une forme quelconque d'activité ou de réseaux associés au PIC. L'importance et la pertinence de la viabilité peut varier selon le genre de projet dont il est question. Par exemple, le programme n'exige pas le même genre d'infrastructure de ressources que le réseau. Un grand nombre des projets associés au PIC représentaient des activités « ponctuelles » auxquelles très peu de gens s'attendaient à voir une suite. La viabilité à long terme ne devrait donc pas être perçue comme étant une exigence des projets associés au PIC.

Le Groupe Merlin a examiné plus à fond la dépendance des projets à l'égard des fonds gouvernementaux et la poursuite des activités reliées aux projets une fois la source des fonds gouvernementaux tarie. Selon le Groupe Merlin, les ressources attribuées aux projets proviennent des sources suivantes :

- 81 % des fonds réservés au PIC;

- 10 % du travail bénévole (le coût moyen étant établi à raison de 10 $/heure ou selon la déclaration des organismes parrains);
- 5 % d'autres ressources non financières (soutien en nature);
- 4 % d'autres sources de financement.

En somme, le Groupe Merlin a calculé que pour chaque dollar fourni par l'entremise du PIC, 23 cents en ressources additionnelles provenaient du travail bénévole, du soutien en nature et d'autres sources de financement.

Le Groupe Merlin a aussi signalé que plus de 90 p. 100 des organismes parrains entendaient poursuivre leurs activités après que le gouvernement aura cessé de leur verser des fonds, mais, dans la plupart des cas, de façon réduite. Voilà qui concorde avec la constatation de JBL, selon qui les responsables ont de bonnes intentions pour ce qui est de poursuivre les activités reliées aux projets. Comme la plupart des projets sont extrêmement dépendants des fonds gouvernementaux, les responsables auront peut-être de la difficulté à poursuivre les activités, même de façon réduite.

5. Enseignements principaux et transférabilité des résultats du PIC

Le PIC nous en a beaucoup appris, nous en apprendra beaucoup encore, mais il semble que les mécanismes permettant de diffuser les leçons clés ne soient pas évidents pour l'instant, tout au moins du point de vue du parrain du projet. Un grand nombre des parrains de projet que nous avons interviewés ont exprimé de l'incertitude quant à ce qui arrivera aux ressources du projet une fois la SRDT terminée. La plupart des responsables ne savaient pas très bien quel serait le rôle du NCTE par rapport à la diffusion des renseignements sur les projets associés au PIC.

5.1 Attentes face à l'évaluation

On disposait de peu de résultats d'évaluation au moment de l'évaluation, et les évaluations réalisées ou prévues étaient surtout axées sur le processus et non pas sur les résultats. On reconnaît que, dans certains cas, il s'agit d'une question d'équilibre et de ressources : l'évaluation des résultats peut exiger beaucoup de ressources et se révéler trop coûteuse dans le cas des projets de petite envergure. Comme 45 p. 100 des projets faisant partie de l'échantillon étaient dotés d'un budget de moins de 50 000 $, et 75 p. 100 comptaient sur un budget de moins de 100 000 $, il importait d'établir des attentes réalistes par rapport à l'évaluation. Autre difficulté : le court délai associé à la SRDT ne va pas nécessairement de pair avec une vision réaliste de l'élaboration et de l'application du programme, ou de délais réalistes d'évaluation. Et encore, le soutien de l'évaluation fait parfois défaut.

Le sous-traitant a fait remarquer que la région de l'Ouest a adopté une stratégie particulière, là où un « projet » associé au PIC était conçu pour soutenir l'évaluation pour les parrains du projet. Les résultats ne sont pas encore connus, mais il semble que le soutien personnalisé de cette nature soit utile.

5.2 Conclusion

Dans l'ensemble, les projets associés au PIC étaient conformes aux objectifs et aux orientations de la SRDT aussi bien qu'avec les critères de financement établis. Ils conjuguaient prévention du tabagisme, renoncement au tabac et protection, et, de façon générale, s'adressaient aux bons groupes cibles. Dans la mesure où l'échantillon des projets examinés par JBL était représentatif, les projets, en règle générale, semblent avoir répondu aux objectifs fixés, sinon ils sont bien en voie de le faire.

JBL a conclu que « même si les renseignements sur les résultats sont limités au stade où nous en sommes, de façon préliminaire, il semblerait que le PIC ait produit un impact positif à l'échelle communautaire. Il reste encore à voir quelle durée aura cet impact en l'absence de plans concrets visant à régler les questions de la viabilité et de l'incertitude touchant la diffusion des résultats du PIC ».

Il ne fait pas de doute que les projets associés au PIC ont produit un niveau sensible d'activité antitabagisme dans un grand nombre de collectivités, mais des questions fondamentales restent sans réponse — les effets réels sur les groupes cibles, la viabilité, l'impact à long terme des projets communautaires. Des recherches plus poussées à cet égard s'imposent.

CHAPITRE 6 : ACCÈS À L'INFORMATION

Dans le cadre de la SRDT, on a alloué des fonds supplémentaires au Centre national de documentation sur le tabac et la santé (CNDTS), afin d'améliorer la diffusion et l'échange d'information sur le tabac. Le Centre de documentation, établi en 1989, bénéficie du soutien des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral ainsi que d'organisations non gouvernementales oeuvrant dans le domaine de la santé. Il est administré par le Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, organisme national sans but lucratif.

Le CNDTS a pour mission d'assurer des services d'information et de réseautage opportuns et fiables, dans le cadre de programmes, de ressources et de projets visant à prévenir le tabagisme de même que dans le cadre d'initiatives de politique gouvernementale.
Parmi ces principales activités, citons l'entretien d'une collection exhaustive de documents, la prestation de réponses personnalisées à des demandes de renseignements et, enfin, l'amorce de projets choisis qui visent à aider les clients à créer une société sans tabac.

Aux termes de la SRDT, le CNDTS a reçu 3,75 millions de dollars en trois ans (1994-1997), aux fins précises suivantes :

- accroître ses activités actuelles pour répondre aux demandes accrues dont font l'objet ses services;
- mettre à niveau son mandat concernant les systèmes de stockage et de récupération des données;
- élaborer et offrir des services plus complets aux clients.

1. Évolution des services et des produits offerts par le CNDTS depuis 1994

Dans le cadre de la SRDT, le CNDTS a élargi son inventaire initial de produits et de services de base, ajouté de nouveaux produits et services et, enfin, renforcé la promotion des produits et des services. Il a :

- amélioré la quantité et la qualité de son inventaire de quelque 20 000 documents;
- continué de préparer et de simplifier les réponses personnalisées fournies aux demandes de renseignements et d'entreprendre des projets visant à faciliter le travail des clients qui luttent contre le tabagisme;
- produit un nouveau bulletin mensuel intitulé *Bulletin sans fumée* et révisé le Répertoire des réseaux en matière de tabac et de santé pour répondre aux besoins des francophones;

- mis à niveau son infrastructure technique en mettant au point son propre serveur Web, inauguré sur le Web une page d'accueil primée et conçu ses propres bases de données internes à des fins de référence;

- fait la promotion de ses services par l'intermédiaire de sa page d'accueil, participé à des conférences et à des conférences nationales et internationales et fait paraître des articles dans des revues comme *Promotion de la santé*;

- établi des partenariats, notamment un accord de réciprocité avec l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario.

1. Utilisation des services du CNDTS

En 1996, le CNDTS a élargi son mandat, qui comprend désormais la prestation de services directs au grand public, afin de répondre aux critères fixés par Santé Canada pour les centres de documentation du Canada, mais son principal groupe de clients se compose toujours des organismes qui luttent contre le tabagisme. À cet égard, les organismes sans but lucratif viennent au premier rang, suivis par les services de santé et les ministères de tous les ordres de gouvernement. Selon une enquête sur la satisfaction des clients réalisée en 1996, les demandes d'aide proviennent d'abord et avant tout de clients qui oeuvrent dans le domaine de l'élaboration de programmes ou de ressources (89 p. 100 des répondants).

Le CNDTS voit dans l'inauguration d'une page d'accueil sur le Web un outil clé pour accroître l'accès du public à ses produits et à ses services. De septembre 1996 à 1997, on a enregistré 13 537 visites du site, soit une moyenne de 113 par jour. Il n'est toutefois pas possible d'établir la répartition des visiteurs par type de client. Ainsi, on n'a toujours pas déterminé la mesure dans laquelle l'ajout de la page d'accueil aux produits et aux services du CDNDT s'est dans les faits traduite par un élargissement du profil des clients.

Une comparaison entre les données relatives au nombre total de demandes de renseignements reçues par le CNDTS en septembre 1994 et en septembre 1996 révèle que, en moyenne, le Centre d'information a, à chacune des années entre 1994 et 1996, répondu à un nombre plus grand de demandes de renseignements qu'au cours des cinq années précédentes (sans compter les utilisateurs du site Web).

2. Diffusion des projets de recherche

Dans le cadre de l'évaluation, on avait notamment pour mandat de déterminer la mesure dans laquelle Santé Canada et d'autres organismes utilisent le CNDTS pour diffuser de l'information, compte tenu du fait que le stockage et la diffusion de ressources et de publications issues de la SRDT ne relèvent pas du mandat du Centre de documentation.

Le CNDTS a toujours eu pour pratique d'inclure les ressources pertinentes de Santé Canada dans sa collection ainsi que de les promouvoir dans son bulletin ou dans son message d'accueil.

Le CNDTS a conclu avec Santé Canada un accord en vertu duquel le Centre de documentation aide les organismes financés par le PIC à répondre à leurs besoins en information, reçoit toutes les ressources produites dans le cadre de tels projets et les conserve pour une période de six mois et, enfin, conserve certaines des ressources ci-dessus pour une période plus longue (à condition qu'elles soient réputées constituées une addition valable à la collection actuelle du Centre de documentation).

Selon Santé Canada et les personnes interrogées au CNDTS, seul un nombre limité de produits du PIC avaient été acheminés au Centre de documentation au moment de l'évaluation, principalement parce que la vaste majorité des projets du PIC n'ont pas encore été menés à bien.

Selon des employés de Santé Canada, la vaste majorité des produits finaux des projets d'éducation et de sensibilisation du public financés dans le cadre des initiatives sur les femmes et le tabagisme et des initiatives prénatales et postnatales ont automatiquement été acheminées au CNDTS. À la suite de l'examen des dossiers, on n'a découvert, dans l'échantillon, que deux projets contenant un plan de diffusion où le CNDTS était mentionné.

On n'a trouvé aucune donnée quant au nombre exact de produits financés dans le cadre de la SRDT (ou de projets précis du PIC) qui avaient été fournis au CNDTS ou qui y étaient actuellement disponibles.

2. Conclusion

Au Canada, il est clair que, dans le domaine de la lutte au tabagisme, l'accès à l'information fait l'objet d'un besoin plus constant. Jusqu'ici, le financement fédéral du CNDTS représente un investissement important dans ce secteur, mais il existe divers problèmes quant au rôle du Centre de documentation à titre d'outil permanent facilitant la diffusion de l'information sur le tabac.

Enfin, l'environnement en mutation au niveau fédéral met en contexte la question de la viabilité. Au nombre des facteurs importants, citons le niveau d'aide financière fédérale aux initiatives d'éducation, d'exécution et de lutte contre le tabagisme et l'élaboration en cours de l'inforoute de la santé.

CHAPITRE 7 : CONTRIBUTIONS AUX PEUPLES AUTOCHTONES

Dans le cadre de la SRDT, on a mis 6,2 millions de dollars à la disposition des Premières nations et des Inuit, aux fins de l'organisation d'activités de lutte contre le tabagisme. Ainsi, les organisations autochtones nationales ont reçu 3,5 millions de dollars [17]pour des projets de portée nationale et 1,6 million de dollars pour des projets destinés aux communautés autochtones. Au total, quinze[18] projets nationaux et 104 projets communautaires ou locaux ont été mis sur pied.

Dans le cadre de l'évaluation de la SRDT, trois groupes de discussion ont été organisés, à Ottawa, à Thunder Bay et à Saskatoon. Les participants à ces groupes étaient tous des membres des Premières nations et des Inuit associés à la SRDT. Le groupe d'Ottawa se composait de membres d'organisations nationales, tandis que les deux autres étaient constitués de membres d'organisations communautaires ou tribales. La liste des participants éventuels a été fournie par Santé Canada, Ekos se chargeant des installations et du modérateur. Le présent chapitre est un résumé du rapport d'Ekos sur les résultats des groupes de discussion.

1. Contexte et participation au programme

Dans les groupes de discussion représentant les organisations autochtones nationales, les participants étaient bien informés de la portée de la SRDT, de sa date d'entrée en vigueur et de la date de clôture prévue. En revanche, les représentants du niveau des organisations communautaires ou tribales n'avaient aucune idée de la durée écoulée ou à écouler de la SRDT ni même de son objet. Il en ressort qu'on aurait dû diffuser de l'information au sujet de la SRDT et qu'on aurait dû faire périodiquement parvenir de la documentation à chacun des groupes ayant reçu du financement.

Les participants ont souligné que, avant la SRDT, les activités de lutte contre le tabagisme se limitaient principalement aux travailleurs de la santé de première ligne, qui prenaient des initiatives sporadiques, selon le temps et les ressources dont ils disposaient. Avant et probablement après la SRDT, aucun effort concerté n'était déployé pour combattre l'utilisation et les effets du tabac à des fins autres que cérémoniales. Ils ont dit se préoccuper de la santé de leur peuple; à ce titre, le tabac constitue pour leurs groupes un enjeu important. Toutefois, ils ont également fait ressortir que d'autres problèmes de santé et sociaux sont considérés comme plus importants par de nombreuses personnes, de sorte que le tabagisme n'est souvent pas perçu comme une question prioritaire.

---

17 Ce montant copmprend 1,25 milion de dollars qui ont servi à faire des sondages régionaux.

18 Y compris les sondages régionaux.

2. Allocation et pertinence de l'aide de la SRDT

Au nombre des projets mis de l'avant par les participants, citons la prévention (action communautaire), la formation, l'élaboration de politiques et la recherche. Au niveau national, on a mis l'accent sur l'éducation et la formation ou encore sur la recherche. Même si certaines organisations nationales ont pris des mesures d'action communautaire, la prévalence de telles mesures y a été moins grande qu'au niveau communautaire. Les membres des organisations communautaires et tribales ont été plus susceptibles que leurs homologues du niveau national d'utiliser les fonds pour appuyer des projets d'action communautaire.

La plupart des projets communautaires ont été menés par les participants du niveau des collectivités ou des conseils tribaux. On a ainsi organisé des concours d'affiches et produit des documents de lutte contre le tabac et des bulletins. Ces activités ont principalement porté sur l'abandon du tabac et, dans une moindre mesure, sur la prévention. Au niveau communautaire, les jeunes ont incontestablement été le principal groupe cible.

Des organisations nationales ont également participé à certains projets communautaires. Ces projets avaient pour but la mise en valeur du potentiel communautaire, grâce à la sensibilisation des membres des communautés aux dangers du tabac ou à leur formation à titre de chercheurs communautaires. Selon les participants, ces projets communautaires, qui ont connu beaucoup de succès, ont été accueillis très favorablement par les membres des communautés. Les formateurs se sont dits convaincus que la formation donnée s'était traduite par de plus nombreuses possibilités pour les citoyens et que l'éducation des membres des communautés à titre de formateurs ou de chercheurs avait contribué à la mise en valeur de la collectivité.

3. Projets de formation et d'éducation

La majorité des projets entrepris dans le domaine de la formation et de l'éducation a porté sur l'élaboration et la production de documents d'information propres aux Autochtones à l'intention des formateurs et des éducateurs, notamment des affiches, des brochures et des dépliants, des vidéocassettes et des documents de formation.

Les documents de formation préparés en prévision de séances conçues expressément pour sensibiliser les collectivités à l'utilisation du tabac à des fins autres que cérémoniales ont également constitué une priorité. Les participants ont insisté sur l'importance de même que sur les résultats positifs de ces séances, qui ont permis de sensibiliser les jeunes aux aspects positifs de l'utilisation traditionnelle du tabac, tout en les prévenant des dangers de l'utilisation à des fins autres que cérémoniales. Les animateurs issus des Premières nations ont mieux réussi à véhiculer le message que les animateurs non autochtones.

4. Projets de recherche

On a entrepris quelques projets de recherche avec l'aide de la SRDT. À l'échelon national, on a réalisé deux enquêtes pancanadiennes.

1) Dans le cadre de la première, qui visait à étudier les perceptions du tabagisme, les attitudes, l'utilisation, etc. chez les jeunes de 10 à 14 ans, on a distribué un questionnaire à environ 4 000 personnes.

2) Dans le cadre du deuxième projet — étude nationale plus large de divers déterminants de la santé, y compris le tabagisme — , on a interrogé environ 20 000 personnes.

L'une des organisations nationales a réalisé une analyse des besoins dans le domaine du tabagisme. Des participants associés aux projets nationaux de recherche ont déclaré que, de façon générale, les résultats seront utilisés dans le cadre de la planification des politiques, des finances et des programmes.

Deux des organisations du niveau communautaire ou tribal ont utilisé une partie de leur financement pour réaliser une recherche. Dans un cas, on a documenté l'utilisation du tabac à des fins autres que cérémoniales dans la communauté, afin de la comparer à celles qu'on retrouve dans d'autres groupes autochtones et non autochtones. Dans l'autre cas, on a étudié les élèves du niveau secondaire pour déterminer le nombre de fumeurs et leurs motivations. La principale conclusion est que le tabagisme est plus prévalent chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons. Dans certains cas, l'initiation des jeunes filles se fait dès l'âge de neuf ans.

5. Gestion de programme

La question de savoir si le programme a été bien administré par Santé Canada a donné lieu à des divergences de vue considérables. Au niveau national et au niveau des conseils tribaux, on s'est dit très heureux de l'administration de la SRDT. Les représentants ont affirmé n'avoir eu aucun problème à coopérer avec des fonctionnaires de la DGSM. Ni les exigences en matière de rapport ni les mécanismes de financement n'ont posé de problème pour eux. L'une des organisations nationales a eu du mal à obtenir le financement attendu et a dû faire appel à une marge de crédit personnelle en attendant de recevoir des fonds de Santé Canada, ce qui l'a obligée à verser des intérêts. Dans tous les cas, on a établi de bonnes relations de travail avec les membres de la DGSM, particulièrement avec ceux qui sont issus des Premières nations et des Inuit. De façon générale, on n'a guère apprécié que les représentants de la DGSM changent constamment de poste, cette situation rendant difficile l'établissement de relations de travail.

Au niveau communautaire, toutefois, on ne s'est pas montré aussi satisfait de la gestion de la SRDT par Santé Canada. Les participants ont affirmé ne pas avoir été consultés avant de recevoir de l'information sur la SRDT. Comme il sont les mieux placés pour déterminer les besoins en santé de leurs communautés, ils auraient dû être consultés avant la mise en place d'une quelconque stratégie. Ils ont tous simplement reçu un message par télécopieur, dans lequel on leur demandait d'élaborer un projet pour obtenir des fonds. Pourtant, la plupart d'entre eux n'avaient jamais entendu parler de la SRDT, ni des motifs de sa mise en oeuvre, ni encore des raisons pour lesquelles ils avaient été pressentis.

Les participants se sont dits satisfaits de la façon dont la DGSM a versé les fonds. Dans un premier temps, ils ont dû utiliser leur propre argent pour ensuite se faire rembourser. Dans certains cas, il a fallu plus de trente jours pour ce faire, de sorte que les collectivités ont dû assumer les frais d'intérêts qu'entraîne l'utilisation d'une marge de crédit ou d'autres modes de financement provisoire.

Au niveau communautaire, tous les participants ont évoqué la lourdeur des exigences en matière de rapport. Selon eux, les formalités administratives à remplir étaient sans commune mesure avec les niveaux de financement obtenus. Comme ils n'ont jamais reçu de commentaires de la part de la DGSM, ils ont dit croire que leurs rapports n'ont pas été lus. Les participants au niveau communautaire ont également souligné l'absence de toutes formes de relations de travail avec les fonctionnaires de la DGSM. La plupart d'entre eux n'ont jamais rencontré leur agent de projet : tout s'est fait par téléphone ou par télécopieur. Un peu comme au niveau national, les participants se sont dits insatisfaits du mouvement des fonctionnaires de la DGSM, qui a interdit l'établissement de toute forme de relations de travail. On a dit croire que la DGSM comptait des administrateurs et des niveaux trop nombreux : la ponction exercée par les frais administratifs a pour effet de réduire les sommes dont on bénéficie au niveau communautaire.

6. Points forts et points faibles

Tous les participants ont convenu que la tentative de lutter contre un problème d'une telle envergure constituait le principal point fort de la SRDT. Ils ont déclaré que la SRDT, malgré des niveaux de financement ou des échéanciers déficients, avait à tout le moins contribué à rehausser la sensibilisation. Parmi d'autres points forts, citons la mise en valeur du potentiel des communautés de même que la possibilité que les participants ont eue de gérer leurs propres projets. Tous ont affirmé que la SRDT avait joué un rôle crucial dans la diffusion du message relatif aux dangers de l'utilisation du tabac à des fins autres que cérémoniales. Selon eux, on s'est à cet égard doté de bases solides. Partant, il sera beaucoup plus aisé de faciliter de nouvelles initiatives en ce sens.

Les participants ont aussi relevé quelques points faibles de la SRDT. Selon eux, on aurait dû la prolonger pour en faire une stratégie sur cinq à dix ans. Tous ont déclaré que les niveaux de financement étaient inadéquats pour lutter contre un problème d'une telle ampleur. La réalité des échéanciers a également constitué un point faible; la date limite du mois de mars n'a pas permis aux participants d'être aussi efficaces qu'ils auraient pu l'être. Ils ont enfin fait valoir leur incapacité de procéder à une forme quelconque d'évaluation de leurs projets pour mesurer les impacts et les effets. Ils se sont dits incertains de l'utilisation qu'on fera de tous les résultats de recherche; ils ont dit croire que leurs activités ne feraient l'objet d'aucun suivi.

7. Conclusions

En conclusion, les participants ont formulé les suggestions suivantes pour améliorer la SRDT :

a) le programme aurait dû recevoir davantage de fonds et demeurer en vigueur pour une plus longue période, de cinq à 10 ans;

b) on aurait dû consulter davantage les membres des communautés avant la conception des programmes et des activités, afin de déterminer leurs priorités;

c) on aurait dû prévoir un délai plus long entre la demande de propositions (DP) et la date d'échéance des DP, des échéanciers plus souples quant aux rapports et des mécanismes financiers également plus souples (p. ex., on ne devrait pas être tenu de tout dépenser avant la fin du mois de mars);

d) on doit périodiquement mettre à jour les affiches, les dépliants, etc., de sorte qu'il est important de miser sur un financement continu;

e) on devrait mettre l'accent sur les enfants et sur le travail qu'ils peuvent faire pour aider leurs parents à cesser de fumer;

f) on devrait mettre au point un mécanisme de partage des ressources (p. ex., des tribunes, des bulletins, des conférences annuelles, etc.) pour tenir tous les participants au courant.

On a laissé entendre que les travailleurs du PNLAADA et les RSC effectuaient déjà ce travail, de sorte qu'on aurait tout simplement pu augmenter leurs budgets. Les participants ont également insisté sur la nécessité de créer un centre national de documentation sur les ressources liées au tabagisme chez les Autochtones.

CHAPITRE 8 : PROMOTION DU MESSAGE

Près de 20 p. 100 du financement de la SRDT a servi à lancer des messages antitabac à la télévision, à la radio, dans la presse écrite. La responsabilité de cette tâche revenait de la Direction Recherche, politique et planification des programmes (DRPPP), Division des partenariats et du marketing, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé.

Pour appuyer les objectifs de la SRDT, Santé Canada a lancé les quatre campagnes médias suivantes :

- deux campagnes médias nationales; la première de janvier à mars 1995 et la deuxième, de janvier à mars 1996;
- la campagne auprès des autochtones de septembre 1995 à mars 1997; et
- la campagne Défi aux jeunes en mars 1997.

1. Les campagnes nationales

Les campagnes nationales de 1995 et de 1996 étaient destinées principalement au grand public et en deuxième lieu, au groupe-cible des adolescents âgés de 11 à 17 ans.

Voici les objectifs de ces campagnes :

- représenter la consommation de tabac non plus comme une question de choix personnel, mais bien comme une question de santé publique;
- accroître les choix pro santé par l'entremise d'un meilleur respect de la santé des non-fumeurs et de la reconnaissance de la nature toxique des produits du tabac;
- amplifier et de renforcer l'image négative du tabac; et
- sensibiliser les gens au problème de l'accès aux produits du tabac par des mineurs.

1.1 Recherche

Les campagnes de marketing social de Santé Canada reposaient sur une analyse minutieuse de la situation, des tendances actuelles et de la conception, de la mise à l'essai et de l'élaboration d'outils de marketing. En juillet 1994, 13 concepts d'annonces télévisées ont été mis à l'essai à l'aide d'entrevues de 45 minutes avec 300 représentants de dix groupes-cibles choisis de façon aléatoire. Les résultats de cette mise à l'essai ont révélé que les annonces sur les effets sur la santé et sur la fumée secondaire étaient plus susceptibles de changer les sentiments à l'égard de l'usage du tabac que, par exemple, les annonces attaquant l'industrie.[19] En bout de ligne, les trois

---

[19] La publicité sociétale et la réduction de la demande du tabac au Canada, J. Mintz, N. Layne, R. Ladouceur, J. Hazel, M. Desrosiers.

principales annonces dans le genre de la fumée secondaire et des effets sur la santé ont été choisies aux fins des campagnes.

Pour améliorer l'efficacité des campagnes, un système de classification de la population mis au point à partir d'études menées en Californie a été adopté pour mieux cibler la campagne et analyser les résultats. Le système de classification divise l'univers en six groupes :

1. Les fumeurs réguliers qui ont l'intention de continuer
2. Les fumeurs réguliers qui ont l'intention de cesser
3. Les fumeurs occasionnels
4. Les ex-fumeurs
5. Les non-fumeurs susceptibles (ceux qui ne sont pas tout à fait contre l'usage du tabac mais qui ne fument pas actuellement)
6. Les non-fumeurs convaincus

On croit que les stratégies de communication et les priorités doivent changer avec chaque groupe et que le modèle s'applique également aux adultes et aux adolescents. Les campagnes de Santé Canada visaient principalement les groupes de 1 à 5, puisque ces groupes sont les plus susceptibles de se laisser influencer par les messages antitabac.

1.2 Résultats

Santé Canada a embauché la firme Tandemar Research Corporation[20] pour mener deux sondages - un sondage de référence en décembre 1994, juste avant le lancement de la campagne dans les médias en janvier 1995, et un sondage à posteriori en février et mars 1995, pour mesurer la capacité de la campagne d'être mémorable et de communiquer le message voulu de façon efficace.

Pour les deux vagues, on a eu recours à une sélection aléatoire pour obtenir un échantillon représentatif à l'échelle nationale de 1 300 répondants jeunes et adultes. Les adolescents et les Canadiens français étaient sur-représentés pour garantir la validité statistique des échantillons. Les données ont été recueillies par des entrevues téléphoniques.

Les résultats du sondage à posteriori indiquent que 89 p. 100 des Canadiens de 11 ans et plus arrivaient à se souvenir, avec assistance, des messages télévisés de la campagne. Le taux de rappel sans assistance de la nouvelle campagne de Santé Canada était de 38 p. 100 à posteriori, comparativement à 20 p. 100 dans le sondage de référence, alors que l'on demandait aux répondants de se souvenir des messages des campagnes précédentes. Parmi les adultes, le taux de rappel est passé de 19 p. 100 à 38 p. 100 d'un sondage à l'autre. Chez les jeunes, il a progressé de 29 p. 100 à 37 p. 100. On a conclu qu'en général à l'échelle nationale, la campagne antitabac de Santé Canada a atteint des niveaux de rappel exceptionnels et que les annonces télévisées ont fait

---

20 Tandemar Research Corporation (1995) Health Monitoring Study, Bench Mark and Post Waves. Santé Canada.

l'objet d'un nombre de rappels beaucoup plus élevé que celles de la presse écrite, compte tenu des dépenses.

Pour mesurer l'incidence des campagnes, la DRPPP a demandé à Sage Research Corporation[21] de mener des suivis publicitaires en 1995 et en 1996. Les suivis publicitaires avaient comme principal objectif de mesurer les attitudes et les croyances entourant l'usage du tabac, l'identification à l'usage du tabac et l'incidence des campagnes sur les connaissances, les attitudes et le comportement. Les résultats des deux suivis publicitaires apportent des renseignements sur les changements des croyances, des attitudes et des comportements relativement à l'usage du tabac entre 1995 et 1996. La taille des échantillons des suivis publicitaires n'est pas aussi importante que celle des études de Statistique Canada, mais elle reflète une marche à suivre « normale » pour cette industrie.

Sage a mené des entrevues téléphoniques auprès des jeunes de 11 ans et plus. En tout, 2 158 entrevues ont été menées avec des adultes de 18 ans ou plus et 1 002 avec des jeunes de 11 à 17 ans.

D'après l'étude de Sage, la campagne média a été hautement visible. Quatre-vingts pour cent des adultes du Canada anglais et 92 p. 100 de ceux du Québec se sont rappelé avoir vu l'annonce.

Les études antitabac de Sage Research Corporation (Sage 1 et Sage 2) donnent des renseignements sur le changement des croyances, des attitudes et des connaissances reliées au tabac. Les études de Sage comprennent un grand nombre de questions sur les croyances, les attitudes et les connaissances des répondants. Le présent document se limite à un nombre limité de questions choisies, notamment la réaction des répondants aux campagnes médias, leur croyance sur l'accoutumance et la nocivité du tabac et leur attitude face à l'interdiction aux fabricants de produits de tabac de commanditer les événements sportifs et face à une interdiction totale de fabriquer et de vendre les produits du tabac.

L'étude de vérification des résultats publicitaires a montré à quel point les nouveaux messages étaient mémorables et les résultats d'un sondage indiquent que ces messages influencent les attitudes et les comportements de la population.

Par exemple, le sondage de 1995 a montré que 67 p. 100 des répondants se déclaraient fortement d'accord pour dire que les messages avaient réussi à faire ressortir les effets nocifs du tabac ; 61 p. 100 étaient très d'accord pour dire que les messages avaient bien fait ressortir la nécessité de respecter la santé des non-fumeurs ; 85 p. 100 étaient fortement d'accord pour dire que les messages les avaient aidés à arrêter de fumer et à penser aux effets nocifs de la fumée de cigarette sur les enfants et les bébés ; 47 p. 100 trouvaient que les messages avaient changé leurs comportements à l'égard du tabagisme ; 59 p. 100 trouvaient que les messages avaient quelque peu influencé le comportement des autres et 35 p. 100 rapportaient avoir tenu une discussion sur

---

21 Sage Research Corporation, Étude antitabac, Volume 1 et 2

le tabagisme grâce à ces messages. Le tableau 1 présente des données des deux cycles des études de Sage.

Tableau 1

Répartition en pourcentage des répondants selon les croyances, les attitudes, les connaissances et les comportements en matière de tabagisme

	Adultes		Adolescents	
	Sage 2 (1996) %	Sage 1 (1995) %	Sage 2 (1996) %	Sage 1 (1995) %
Les annonces présentent clairement la question de la nocivité du tabac	90	92	91	89
Les annonces font passer le message relativement à la santé des non-fumeurs	90	89	91	86
La fumée de tabac ambiante est nocive pour les bébés et les enfants	85	88	87	90
La fumée de tabac ambiante peut causer le cancer des poumons	63	66	73	73
Les femmes enceintes ne devraient pas fumer	93	92	95	92
Il faudrait interdire le parrainage des événements sportifs ou culturels par les compagnies de tabac	38	48	49	50
D'ici à l'an 2000, il faudrait interdire la production et la vente des produits du tabac	33	37	47	51
Le tabac ne provoque pas d'accoutumance comme d'autres drogues notamment l'héroïne et la cocaïne	16	16	25	20
On exagère les dangers du tabagisme	16	15	18	17
L'usage du tabac aide les gens à se détendre	22	21	10	8
Les effets généraux de la réduction du prix des cigarettes sur l'usage du tabac				
- Les gens fument plus	33	38	59	62
- Les gens fument autant	51	49	34	32
- Les gens fument moins	10	8	5	4

Les deux études ont révélé qu'un très haut pourcentage d'adultes et d'adolescents étaient au courant des effets négatifs du tabac sur la santé et de la fumée de tabac ambiante sur les bébés et

sur les enfants. Dans le même ordre d'idée, un très haut pourcentage des répondants étaient d'avis que les annonces de Santé Canada avait clairement transmis le message relativement à la santé des fumeurs.

Le tableau indique également que les croyances et les attitudes relativement à l'usage du tabac n'avaient pas changé de façon importante entre 1995 et 1996. On peut également constater cette immuabilité des croyances selon lesquelles l'usage du tabac n'est pas si dangereux que ça ou que le tabac aide les gens à se détendre.

Moins de la moitié des répondants appuyaient l'interdiction de la commandite par l'industrie du tabac des événements sportifs et culturels. Également, la moitié des répondants appuyaient l'interdiction de fabriquer et de vendre les produits du tabac. Toutefois, le soutien de l'interdiction de commanditer a diminué de 10 p. 100 entre 1995 et 1996 et le soutien de l'interdiction de produire et de vendre les produits du tabac, de 4 p. 100 au cours de la même période. L'étude Sage 2 (1996) résume l'opinion des fumeurs et des non-fumeurs relativement à la commandite, à l'interdiction de fabriquer et de vendre les produits du tabac et à l'accoutumance que provoque le tabac. Le tableau 2 indique l'opinion des adultes et celle des adolescents dans le cadre de l'étude Sage 2.

Tableau 2

Pourcentage des répondants de l'étude Sage 2 (1996)
Selon leur opinion sur la commandite, l'interdiction de la fabrication et de la vente des produits du tabac et l'accoutumance provoquée par le tabac

	Adultes		Adolescents	
	Fumeurs (%)	Non-fumeurs (%)	Fumeurs (%)	Non-fumeurs (%)
Il faudrait interdire la commandite des événements sportifs et culturels par les compagnies de tabac	26	45	24	52
D'ici l'an 2000, il faudrait interdire la production et la vente du tabac	20	41	17	51
Le tabac ne provoque pas d'accoutumance comme d'autres drogues, notamment l'héroïne et la cocaïne	18	14	38	23

Le soutien à l'interdiction de la commandite des événements sportifs et culturels et de l'interdiction complète de la fabrication et de la vente des produits du tabac est beaucoup plus

élevé chez les non-fumeurs que chez les fumeurs. Le soutien est même plus élevé chez les adolescents non-fumeurs. Environ le même pourcentage de fumeurs et de non-fumeurs adultes (entre 15 et 20 p. 100) croient que le tabac ne crée pas autant d'accoutumance que d'autres drogues comme l'héroïne et la cocaïne. Toutefois, environ deux fumeurs adolescents sur cinq croient que le tabac ne crée pas d'accoutumance. Il y a probablement plus d'occasions d'éduquer les jeunes adolescents sur l'accoutumance relative du tabac.

Bien que des données semblables aient été présentées à chacun des six groupes du continuum des fumeurs séparément, la distinction entre les fumeurs et les non-fumeurs n'a pas été établie dans les résultats de l'étude Sage 1. Par conséquent, il est impossible de comparer les conclusions des deux études.

Le tableau 3 indique la sensibilisation aux risques pour la santé chez les fumeurs attribuables à leur propre habitude de fumer.

Tableau 3

Répartition en pourcentage des fumeurs selon qu'ils sont sensibilisés à l'effet du tabagisme sur leur propre santé

	Adultes		Adolescents	
	Sage 2 (1996) (%)	Sage 1 (1995) (%)	Sage 2 (1996) (%)	Sage 1 (1995) (%)
Mon tabagisme est nocif pour ma santé	56	59	53	52

Plus de la moitié des fumeurs adultes et adolescents savaient que l'usage du tabac avait un effet néfaste sur leur santé.

Environ 35 p. 100 des adultes et 60 p. 100 des adolescents croyaient que les gens fumaient davantage à cause de la réduction des prix. Par contre, seulement 5 p. 100 des fumeurs adultes ont indiqué qu'ils fumaient davantage à cause de la réduction des prix du tabac. Vingt pour cent des adolescents en 1995 et 27 p. 100 en 1996 ont répondu qu'ils fumaient davantage à cause de la réduction des prix.

Les études Tandemar[22] ont conclu que la campagne média de 1994 de Santé Canada a été efficace pour informer le public sur les effets nocifs sur la santé du tabagisme. Cette étude a également révélé qui même si le message de la campagne était pertinent, peu de personnes pensaient qu'il apportait de nouveaux éléments d'information.

---

22 Health Monitoring Study: Benchmark & Post Waves, Tandemar Research Inc., juin 1995

Compte tenu du grand nombre d'organisations fédérales, provinciales et privées qui apportent de l'information sur les effets négatifs de l'usage du tabac, il n'est pas surprenant qu'un si grand nombre de personnes aient déjà été au courant des effets néfastes de l'usage du tabac. En fait, les données du cycle 3 de l'étude de Santé Canada sur l'usage du tabac au Canada a révélé qu'en 1994, plus de 80 p. 100 des Canadiens connaissaient déjà les risques pour la santé reliés à l'usage du tabac et 90 p. 100 croyaient que la fumée de cigarette pouvait causer des problèmes de santé chez les non-fumeurs.

2. Le défi aux jeunes de Santé Canada

Le 10 mars 1997, le ministre de la Santé a lancé le Défi aux jeunes de Santé Canada, un concours sur le tabagisme s'adressant aux jeunes. « Je demande aux jeunes de nous aider à lutter contre le tabagisme chez les jeunes, » a déclaré le ministre.

Dans le cadre du concours, des jeunes de 13 à 19 ans de tout le Canada étaient invités à donner leur meilleure réplique au tabac. Ils devaient présenter un message de 20 secondes sur la façon dont ils étaient touchés par l'usage du tabac en composant un numéro sans frais. La campagne était financée dans le cadre de la SRDT.

Du 7 mars au 7 avril 1997, les lignes sans frais étaient ouvertes aux jeunes Canadiens de tout le pays. La campagne était annoncée activement par les stations de télévisions anglophones et francophones MuchMusic et Musique Plus, les points de vente au détail Future Shop, les salles de cinéma Cineplex Odeon et Empire à l'échelle du Canada.

Plus de 19 000 appels ont été faits, dont 10 278 entrées valides qui ont été examinées. Les entrées ont été jugées selon les critères suivants : le contenu émotif (un message honnête et sincère qui provoquera une réaction enthousiaste de la part des adolescents sur l'usage du tabac); le fond (un message pertinent pour les adolescents qui est crédible et exact); et l'originalité (être vu comme un message « dans ses propres mots » ou un message unique).

Après un tri hebdomadaire des appels, le Comité consultatif des jeunes sur le tabac du ministre a choisi deux gagnants dans chaque région, les provinces de l'Atlantique, l'Ontario, le Québec, les Pairies et la Colombie-Britannique, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon. Les dix gagnants se sont rendus en avion à Vancouver en avril, où ils ont donné leur message gagnant sur l'usage du tabac dans le cadre d'une annonce de Santé Canada produite professionnellement.

Deux annonces de 60 secondes ont été diffusées, une en anglais et l'autre en français du 6 juin au 3 juillet 1997 dans les cinémas Cineplex Odeon et Empire de tout le pays. Deux annonces en anglais et une en français de 30 secondes ont été diffusées au cours de la même période à MuchMusic et à Musique Plus. En juillet 1997, Santé Canada a mené une série de 200 entrevues avec des jeunes Canadiens de 13 à 19 ans à la sortie des cinémas Cineplex Odeon à Montréal, à Toronto et à Vancouver où les commerciaux de Santé Canada étaient présentés à l'écran. Au

cours de ces entrevues « surprises », on demandait aux répondants s'ils se rappelaient du message commercial de Santé Canada et de donner leur évaluation qualitative des annonces.

Le niveau de rappel était de 81 p. 100, un niveau supérieur aux commerciaux en salle de Coca-Cola (75 p. 100 de rappel en tout) ou de Nike (74 p. 100 de rappel en tout). Le nombre des rappels était égal pour les deux sexes (81 p. 100 pour le sexe masculin et 80 p. 100 pour le sexe féminin), l'âge ou le niveau d'éducation. En outre, l'échantillon indiquait que le nombre des rappels des fumeurs dans la population visée (de 13 à 19 ans) était le même que celui des non-fumeurs (79 p. 100 de rappel en tout pour les fumeurs et 81 p. 100 pour les non-fumeurs).

L'assistance en salle en juillet 1997 était évaluée à 580 000 adolescents de 12 à 17 ans et à 622 000 personnes de 18 à 24 ans. Les deux groupes constituaient ensemble 29 p. 100 de tout l'auditoire des salles de cinéma pour le mois de juillet. Les cotations de MuchMusic et de Musique Plus étaient tout aussi impressionnantes. La station MuchMusic en anglais enregistrait un auditoire hebdomadaire de 6,5 millions de téléspectateurs, dont 864 000 se situaient dans le groupe des 12 à 17 ans. La station Musique Plus a enregistré un auditoire hebdomadaire de plus de 2 millions de téléspectateurs, dont 253 000 se situaient dans le groupe des 12 à 17 ans.

3. Campagne de Santé Canada auprès des autochtones

Les peuples autochtones ont été retenus dans le cadre de la Stratégie de réduction de la demande de tabac et de la Stratégie canadienne antidrogue comme des groupes-cibles prioritaires auxquels s'adressent les messages sur la santé de toute une gamme de questions relatives à la santé. Ainsi, la Campagne de mieux-être autochtone traite non seulement des problèmes tels que le tabac, l'alcool et la drogue, mais aussi des sujets comme le VIH/SIDA, la nutrition, la toxicomanie et la santé mentale.

La Campagne de mieux-être autochtone a durée deux ans, de septembre 1995 à mars 1997. La campagne était destinée aux premières nations, aux Métis et aux Inuits du Canada, des plus jeunes aux plus vieux et visait en particulier les jeunes de 13 à 25 ans.

La Campagne cherchait surtout à créer un environnement qui favorisait la promotion des modes de vie basés sur des choix propices à la santé faits par les autochtones canadiens. Voici les éléments clés de la campagne :

3.1 Campagne nationale d'affiches

Trois affiches sur le mieux-être des autochtones ont été produites; une mettait l'accent sur la santé des enfants, une autre sur la santé pendant la grossesse et une troisième sur l'importance des modèles positifs. Environ 6 000 exemplaires de chaque affiche ont été envoyés aux centres d'accueil autochtones, aux centres communautaires, aux organisations autochtones et aux médias. Les affiches étaient disponibles en anglais, en français et en inuktitut.

3.2 Hutte du mieux-être

La hutte du mieux-être, une exposition itinérante éducative présentée dans une tente de trappeur de 18 pi sur 20 pi, a été réalisée pour promouvoir les choix de vie à l'aide d'une approche interactive. Elle présentait un coin des aînés et de la documentation de promotion sur la santé, y compris le jeu de table « Path to Health ». La hutte du mieux-être a été montée par des organismes autochtones de tout le pays. En partenariat avec les organisations locales de santé des autochtones, la hutte du mieux-être s'est rendu dans une vingtaine de localités au cours de la période de la SRDT.

3.3 Programme pour les enfants

Les enfants autochtones d'un océan à l'autre ont été invités à partager leur vision sur la santé avec d'autres communautés. Un napperon pittoresque a été distribué dans les écoles, les centres d'accueil autochtones et dans la hutte du mieux-être pour encourager les enfants de 5 à 12 ans à illustrer leur conception d'un mode de vie sain. Ces dessins ont été recueillis et ont servi à créer des tableaux d'affichage nationaux sur la santé des autochtones. Chaque exposition présentait un choix de dessins de chaque province et territoire. Les tableaux d'affichage sont installés dans les centres d'accueil autochtones, les centres communautaires, les centres de santé et les écoles pour que tout le monde puisse les voir.

3.3 Vidéo sur la jeunesse autochtone

En 1997, les jeunes des Premières nations, des Métis et des Inuits se sont réunis pour former un comité national de bénévolat, avec des représentants de Santé Canada. Le comité a rédigé, élaboré et produit une vidéo qui mettait l'accent sur les modes de vie positifs que choisissent les jeunes autochtones.

Les répercussions de cette campagne autochtone n'ont jamais été évaluées.

4. Conclusions

Les campagnes de marketing social menées dans le cadre de la SRDT reposaient sur une recherche minutieuse et sur ce qui semble être la connaissance la plus à jour du comportement et de la technologie de communication en matière de tabagisme. Les groupes-cibles et les thèmes des campagnes ont été choisis à la suite d'une recherche minutieuse et semblent avoir été bien définis. Des études indépendantes indiquent que les campagnes ont atteint leur public-cible et, d'un point de vue publicitaire, ont été efficaces sur les plans des rappels et de la visibilité.

CHAPITRE 9 : RECHERCHE

Le présent chapitre s'attache à la recherche financée en vertu de la SRDT par l'entremise de la Direction générale de la protection de la santé (DGPS) et du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)[23]. Au total, vingt-cinq projets de recherche ont été financés : onze par l'entremise de la DGPS et quatorze par l'entremise du PNRDS. L'un des objectifs des activités de recherche était de fournir de l'information qui servirait à la conception des programmes et à l'évaluation des autres composantes de la SRDT.

L'évaluation des activités de recherche a été faite par la société *Ekos Research Inc.*, firme privée de consultation d'Ottawa. Pour ce faire, l'entreprise a examiné les dossiers de vingt-cinq projets et a procédé à des entrevues téléphoniques avec les gestionnaires de projets qui, selon les dossiers, assumaient depuis le plus longtemps la plus grande responsabilité administrative à l'égard de la mise en oeuvre du projet. L'examen visait à déterminer quelles recherches avaient été faites, si elles étaient conformes aux objectifs de la SRDT, et si les résultats avaient été utiles pour la conception et l'évaluation des programmes et activités de la SRDT.

1. Projets de recherche

La liste complète des projets de recherche financés par l'entremise de la DGPS et du PNRDS est incluse dans l'annexe D.

Au moment de l'évaluation, neuf des onze projets de la DGPS et cinq des quatorze projets du PNRDS avaient été menés à bien. Comme le montre le tableau, tant pour la DGPS que pour le PNRDS, les projets de recherche incluaient en majeure partie des activités de recherche descriptives comme des sondages, des analyses des données secondaires, des examens de la documentation, des groupes de discussion, des analyses économétriques des données existantes et des entrevues, par opposition à une évaluation des activités de désaccoutumance, de prévention ou de protection. Les montants consacrés aux projets de recherche s'établissaient à 4,5 millions de dollars pour la DGPS et à 2,8 millions de dollars pour le PNRDS.

On observe une importante différence entre la recherche entreprise par la DGPS et celle qui a été financée par le Programme national de recherche en matière de santé. Les projets de recherche de la DGPS étaient donnés à contrat par la Direction générale à des fins précises. Par exemple, l'enquête effectuée auprès des détaillants visait à mesurer leurs connaissances à l'égard de la *Loi sur la vente de tabac aux jeunes*, tandis que l'enquête sur la conformité visait à mesurer l'effet des programmes d'application de la loi. De même, l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes visait à mieux faire comprendre les attitudes des enfants et des jeunes âgés de 10 à 19 ans envers le tabagisme ainsi que leur utilisation des produits du tabac.

---

23 La recherche financée par l'entremise du programme d'éducation et de sensibilisation du public a été abordée dans un chapitre précédent.

D'autres projets (étude économétrique, constituants nicotiniques de la fumée du tabac, emballage des produits du tabac) ont été entrepris pour faciliter l'élaboration des politiques, lois ou règlements.

Les projets du PNRDS ont été financés au moyen d'une sollicitation de propositions et sélectionnés selon leur mérite scientifique. Cependant, plus des deux tiers des gestionnaires de projets de recherche du PNRDS ont indiqué que la conception des programmes et l'évaluation des autres composantes de la SRDT étaient un important objectif de leurs recherches. Par exemple, *Cultural Factors in Tobacco Use Among Ethnic Groups* portait sur des programmes particuliers concernant les groupes ethniques. Dans d'autres cas, même si la conception des programmes ou l'évaluation des composantes de la SRDT ne comptaient pas parmi les objectifs, la recherche était élaborée en fonction des objectifs de la SRDT. Par exemple, l'étude intitulée *Smoking, Smoking Cessation, Tobacco Control and Programming: A Qualitive and Quantitative Test* réunissait des informations sur ce dont les fumeurs estiment avoir besoin pour cesser de fumer.

La liste complète des projets de recherche est incluse dans l'Annexe D. Comme on peut le voir dans le tableau qui suit, le montant du financement varie de façon plutôt marquée. En ce qui concerne les projets de la DGPS, les deux grandes enquêtes ont reçu le financement le plus important (l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes et l'Enquête sur le tabagisme au Canada), suivies de l'étude sur la nicotine et sur les constituants de la fumée de tabac. En ce qui concerne les projets du PNRDS, l'étude longitudinale sur les facteurs de risque du cancer du poumon est celle qui a reçu le financement le plus important, et de loin. Le montant du financement octroyé aux projets restants allait de 22 000 $ à 265 000 $, tandis qu'un certain nombre des projets ont reçu un financement d'environ 150 000 $ à 200 000 $.

2. Types de recherche financés

Le montant moyen du financement accordé à chaque type de recherche par la Direction générale est présenté dans le Tableau 1. Hormis les recherches descriptives, les projets de la DGPS étaient plus susceptibles d'évaluer les interventions qui concernent la prévention et la protection, alors que ceux du PNRDS étaient plus susceptibles d'évaluer les interventions visant la désaccoutumance au tabac.

3. Groupes cibles

Comme l'illustre le Tableau 2, les principaux groupes cibles des projets de la DGPS étaient les suivants : le grand public (55 p. 100), puis les jeunes (45 p. 100); c'est donc dire qu'aucun des projets ne ciblait les femmes ou les groupes prioritaires résistants (p. ex. : les Autochtones et les jeunes immigrants). Seuls trois projets mentionnaient un groupe cible « autre », plus précisément les détaillants, les fonctionnaires qui préparaient le projet de loi C-71 et les fabricants de produits du tabac. Même si ces projets peuvent s'être attachés à des groupes autres que ceux qui étaient considérés prioritaires aux fins de la SRDT, on estimait dans la plupart des cas que les résultats de la recherche les touchaient quand même. Par exemple, l'évaluation de la conformité des

détaillants avec les dispositions concernant la vente de tabac aux mineurs aura des répercussions sur les jeunes si les résultats servent à obtenir un meilleur ciblage et à améliorer l'application de la loi.

TABLEAU 2
Répartition des fonds selon le type de recherche et la direction générale

	Direction générale					
	DGPS			PNRDS		
	n	Médiane	Intervalle	n	Médiane	Intervalle
Recherche descriptive	10	574 107 $	0 $ - 1 735 000 $	11	185 226 $	22 159 - 848 383 $
Mise à l'essai d'interventions de prévention	1	546 000 $	546 000 $	0	-	-
Mise à l'essai d'interventions de protection	2	102 500 $	69 000 - 136 000 $	0	-	-
Mise à l'essai d'interventions de désaccoutumance	0	-	-	4	116 032 $	23 900 -199 991 $
MOYENNE GLOBALE	571 296 $			176 980 $		

TABLEAU 4
Groupe cible, par direction générale

	Total	*Direction générale*	
		DGPS	PNRDS
Jeunes	28 % (n=7)	45 % (n=5)	14 % (n=2)
Femmes	4 % (n=1)	-	7 % (n=1)
Groupes prioritaires résistants	12 % (n=3)	-	21 % (n=3)
Grand public	44 % (n=11)	55 % (n=6)	36 % (n=5)
Autres groupes cibles	40 % (n=10)	27 % (n=3)	50 % (n=7)

Remarque : Comme les projets de recherche pouvaient avoir plus d'un groupe cible, les pourcentages n'égalent pas 100 p. 100.

Par contre, les projets du PNRDS visent principalement les groupes cibles « autres » (50 p. 100), suivis par le grand public (36 p. 100) et les groupes prioritaires résistants (21 p. 100). En ce qui concerne les groupes prioritaires résistants, un projet ciblait les immigrants, un autre comprenait une étude sur les Autochtones et un troisième était axé sur les particuliers à faible revenu. Comme dans le cas des projets de la DGPS, les femmes n'étaient pas souvent un groupe prioritaire important. Les groupes « autres » comprenaient : les personnes atteintes de sclérose, les

concepteurs de programmes, les chercheurs et organismes de recherche, les groupes de promotion de la santé intéressés par le contrôle du tabac, les détenus de sexe masculin et féminin, les personnes âgées, les médecins, les schizophrènes, les travailleurs et les groupes et organismes de contrôle du tabac.

4. Diffusion

Les gestionnaires des projets de la DGPS et du PNRDS avaient été mis au courant d'un certain nombre de façons dont les résultats de leurs recherches avaient été diffusés aux gestionnaires de programmes, aux organismes intéressés par la question du tabac (p. ex., la Société canadienne du cancer), aux législateurs et aux décideurs ou encore au grand public. En ce qui concerne les projets de la DGPS, les résultats de ces recherches étaient principalement diffusés au moyen d'une distribution à Santé Canada, de communiqués de presse, d'exposés, de conférences et de publications spécialisées. En ce qui concerne les projets du PNRDS, les résultats étaient surtout diffusés au moyen d'exposés, de conférences et de publications spécialisées. Parmi d'autres méthodes de diffusion plus spécifiques, mentionnons :

a) Internet (p. ex., suivi de l'observation de la réglementation);
b) document de travail de l'Ontario Tobacco Research Unit (p. ex., *Facteurs culturels régissant l'usage du tabac parmi des groupes ethniques*);
c) filière universitaire (p. ex., *Tabagisme et maux de dos : un problème de santé*);
d) bandes magnétiques (p. ex., *Enquête sur le tabagisme au Canada*);
e) conseils de santé (p. ex., *Validation de l'hypothèse de Cohen*).

La plupart des gestionnaires de projets (tant ceux de la DGPS que ceux du PNRDS) estimaient que la diffusion se faisait de façon relativement directe et rapide. Selon un gestionnaire de la DGPS, comme la plupart des gens qui établissent des politiques et qui les influencent se trouvent au gouvernement, la diffusion des résultats de recherche au sein du gouvernement est la façon la plus rapide de transmettre l'information aux concepteurs de programmes et aux décideurs. Par contre, ils estimaient que la diffusion par l'entremise de revues scientifiques ou d'examen par les pairs prend du temps.

Cependant, des experts voyaient d'un oeil plutôt critique le programme de recherche entrepris dans le cadre de la SRDT. Ekos signale que tous les experts estimaient que la recherche avait beaucoup moins de répercussions qu'elle aurait pu ou dû en avoir en raison d'abord d'une absence de planification et de coordination et, ensuite, d'une diffusion inefficace. Ce dernier problème était considéré par tous les experts comme une grave lacune de la SRDT. On a souligné que dans certains cas (p. ex., l'étude sur la relation entre les prix et la consommation), les rapports étaient impossibles à obtenir; dans d'autres, seuls des résumés étaient publiés (quand il y en avait); la plupart des recherches faites sur commande n'étaient pas transmises à des revues scientifiques. Les experts ont aussi mentionné qu'on ne pouvait accéder aux fonds nécessaires pour appliquer les résultats de recherches qui prenaient parfois des années et qui coûtaient des millions de dollars pour concevoir et mettre en oeuvre des interventions plus efficaces, de sorte

que les résultats des recherches dorment toujours sur les tablettes, deviennent périmés ou sont peu susceptibles d'être appliqués ou utilisés par des organismes provinciaux ou des ONG[24].

Le Centre national de documentation a été jugé par deux experts comme étant très utile pour la diffusion des résultats.

5. Répercussions de la recherche

L'examen de la recherche effectué par Ekos fait ressortir les résultats spécifiques suivants pour les projets de recherche menés à terme :

Les projets de recherche de la DGPS :

a) ont déterminé l'âge et le sexe des adolescents les plus susceptibles d'acheter illégalement des cigarettes; (*Contrôle de la conformité avec la réglementation*);
b) ont montré la mesure dans laquelle le gouvernement peut influer sur l'ensemble de la demande en cigarettes en n'en contrôlant que le prix; (*Étude économétrique -- Fiscalité, contrebande et demande de cigarettes au Canada*);
c) ont montré l'importance d'exercer un contrôle continu sur les substances chimiques toxiques contenues dans le tabac; (*Nicotine et composantes du tabac et de la fumée de tabac*);
d) ont mené à la publication d'articles (p. ex., *Fiscalité, contrebande et demande de cigarettes au Canada : conclusions tirées des données longitudinales, Étude économétrique -- Fiscalité, contrebande et demande de cigarettes au Canada*);
e) ont prouvé que le taux de mortalité attribuable à une affection cardiaque chez les femmes augmentait et qu'il est directement relié au tabac (*Estimations des impacts du tabac sur la santé à l'aide de données canadiennes*).

Les projets de recherche du PNRDS :

a) ont fourni des « munitions » pour l'établissement de textes législatifs — particulièrement à l'échelle municipale (p. ex., les résultats ont influé sur l'adoption d'un règlement à Toronto interdisant la consommation de tabac dans les restaurants et les bars) (*Tabagisme, abandon du tabac, lutte contre le tabagisme et programmes : tests qualitatifs et quantitatifs*);

---

24 Ces commentaires semblent relativement sévères compte tenu du fait que a) la plupart des recherches financées en vertu du PNRDS ne sont pas encore terminées; b) les recherches entreprises en vertu d'un contrat conclu avec Santé Canada visaient à faciliter la conception de programmes, de mesures législatives ou de politiques et ne devaient pas nécessairement déboucher sur des publications; et que c) dans plusieurs cas, les résultats des recherches étaient fournis au moyen de communiqués de presse (p. ex., dans le cas de l'Enquête sur le tabagisme au Canada).

b) ont fourni à une organisation des données objectives à partir desquelles on peut prendre des décisions sur la politique et les programmes (*Évaluation d'une initiative communautaire de lutte contre le tabagisme*);
c) ont mené à la publication d'articles (p. ex., *Les effets de la réduction des taxes liées au tabac sur la consommation de cigarettes au Canada; analyse économique des pauvres qui fument au Canada*);
d) ont fourni des informations au sujet du meilleur moment pour rejoindre les populations d'immigrants (*Facteurs culturels régissant l'usage de tabac parmi des groupes ethniques*).

Dans l'ensemble, les personnes interrogées par Ekos estiment que les résultats et l'information fournis par la recherche étaient exhaustifs, en ce qui concerne tant l'optique de la recherche que les groupes cibles. Même si l'on notait des lacunes dans une partie de la recherche, on ne considérait pas qu'elles affaiblissaient la recherche entreprise. On estimait plutôt que c'était elle qui permettait de mettre les lacunes en lumière et que de nouvelles avenues de recherche étaient alors déterminées. Parmi les secteurs où d'autres recherches sont nécessaires, mentionnons la FTE et les jeunes immigrants.

Au cours des entrevues avec les principaux informateurs, les fonctionnaires fédéraux interrogés ont mentionné que les recherches entreprises dans le cadre de la SRDT dépassaient les normes et s'attachaient aux comportements de fumeurs, aux déterminants et à la prévention. Des études repères ont été entreprises, et la publicité était fondée sur plus d'études que jamais, améliorant par le fait même les campagnes.

Presque tous les gestionnaires de projets de la DGPS estimaient que leurs résultats de recherche auraient au moins un effet quelconque sur la conception des projets ou des dispositions législatives (fédérales et municipales), même si certains affirmaient qu'il était trop tôt pour en être sûr. D'autres estimaient même que les résultats de leurs recherches avaient déjà influé grandement sur la conception des projets et des dispositions législatives. D'autres exemples comprennent l'influence que les projets ont eue sur le projet de loi C-71 (p. ex., l'*Enquête sur le tabagisme au Canada, les plans directeurs sur le tabac*) et, peut-être, sur la conception des programmes fondée sur les résultats de recherches qui font ressortir les zones géographiques où la conformité avec les dispositions de la *Loi sur la vente de tabac aux jeunes* n'est pas élevée (*Contrôle de la conformité avec la réglementation*).

En ce qui concerne les projets de la DGPS, les gestionnaires du PNRDS ont aussi l'impression que les résultats de leur recherche auront à tout le moins une certaine influence sur la conception des projets ou des dispositions législatives, même si, là aussi, certains d'entre eux mentionnaient qu'il était trop tôt pour en être sûr. Par exemple, les résultats d'une étude qui dénotait chez des gens la volonté de restreindre l'usage du tabac dans les lieux publics qui ont été utilisés pour appuyer l'adoption d'une loi à Toronto concernant la consommation de tabac dans les restaurants et les bars (*Tabagisme, abandon du tabac, lutte contre le tabagisme et programmes : tests qualitatifs et quantitatifs*). Les résultats des projets de recherche ont aussi eu un effet sur les programmes de désaccoutumance au tabac, ou ils pourraient en avoir un. Par exemple, un

gestionnaire a mentionné que les résultats de son projet avaient entraîné l'annulation d'un programme de désaccoutumance (*Évaluation d'une initiative communautaire de lutte contre le tabagisme*). Un représentant de Santé Canada estimait que les résultats d'une autre évaluation permettrait l'élaboration de programmes de désaccoutumance qui répondent aux besoins des schizophrènes (*Groupe de désaccoutumance au tabac chez les schizophrènes*). Enfin, pour ce qui touche les problèmes de prévention, les résultats d'une autre étude ont permis d'obtenir des renseignements quant au meilleur moment pour rejoindre les populations d'immigrants en vue de leur parler de la consommation de tabac (c'est-à-dire dès le moment où ils arrivent au Canada) (*Facteurs culturels régissant l'usage de tabac parmi des groupes ethniques*).

Selon ces experts, les avantages de la recherche entreprise dans le cadre de la SRDT pour les Canadiens ne peuvent simplement pas être confirmés pour l'instant. Plusieurs experts ont déclaré qu'une grande part de leurs recherches pouvaient déboucher sur des avantages pour la santé, mais seulement si l'on disposait d'un plan cohérent pour relier la science à la pratique, y compris une évaluation rigoureuse de l'information nécessaire à l'élaboration des politiques et des programmes, la mise sur pied d'études pour les établir et la création de mécanismes qui garantiraient l'adoption, la mise en place et le suivi d'interventions valables.

6. Recherches futures

Les experts ont fait quelques suggestions de recherches futures. Par exemple, l'un d'entre eux a souligné qu'il était important de réglementer la fabrication et le contenu de tous les produits du tabac, et qu'il fallait procéder à une étude pour fournir des produits moins dangereux. Parmi les autres recherches nécessaires qui ont été mentionnées, notons une étude visant à améliorer la diffusion des programmes, une recherche sur les changements de comportement, sur les effets de la FTE et les comportements qui en découlent, sur les produits de remplacement pour les fumeurs, sur les interventions auprès des législateurs, sur le rôle du recours à d'autres substances pour cesser de fumer et sur l'utilisation de sources non commerciales de tabac (approvisionnement auprès de la famille et des amis). Selon un expert, l'évaluation doit porter d'abord et avant tout sur les effets et les résultats plutôt que sur la démarche. Un autre expert a parlé d'un certain nombre de questions laissées en suspens : la façon d'intégrer les diverses dimensions de la SRDT à l'échelle communautaire, et la façon de créer une infrastructure durable qui aura le pouvoir voulu pour s'opposer à l'industrie du tabac.

De plus, presque tous les experts ont souligné qu'en raison du moment où l'évaluation est faite, on ne peut répondre de façon satisfaisante à cette question, puisque les avantages que peut avoir la recherche sur l'amélioration des programmes ne se concrétiseront pas avant un certain temps.

CHAPITRE 10 : QUESTIONS LIÉES AU CONTEXTE SOCIAL

Le principal objectif de la Stratégie de la réduction de la demande du tabac était de contrer les effets possibles de la réduction du prix du tabac (à la suite de la réduction des taxes sur le tabac) sur l'usage du tabac par les Canadiens. On s'attendait à ce que le nombre de fumeurs et la quantité de cigarettes fumées augmente à la suite de la réduction des taxes sur le tabac. Par conséquent, on a établi la SRDT en vue de dissuader les non-fumeurs de commencer à fumer, d'encourager les fumeurs à cesser de fumer ou à réduire leur consommation, de réduire l'exposition des Canadiens à la FTE, de sensibiliser davantage les Canadiens aux effets nocifs du tabagisme et d'influencer les croyances, les attitudes et les connaissances des Canadiens, en particulier ceux qui font partie de groupes cibles. Bref, le but de la SRDT était d'influencer les Canadiens et de changer leur comportement à l'égard du tabac.

Les chapitres précédents examinaient les diverses activités ou divers programmes créés par Santé Canada pour réaliser ces objectifs. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le présent rapport, on ne s'attendait pas à établir un rapport de cause à effet entre la SRDT et les changements survenus à l'échelle nationale. Toutefois, il y a lieu de se demander s'il y a eu des changements dans l'« environnement national de contrôle du tabagisme » et si ces changements sont positifs. Le présent chapitre met l'accent sur cette question générale. La Direction de la planification stratégique et de l'examen a chargé Madhu Joshi & Associates d'effectuer ce qui suit :

1. déterminer, à la lumière de données recueillies à l'occasion d'un certain nombre d'enquêtes et d'études de suivi des médias, s'il y a des preuves suffisantes de changement (hausses ou baisses) à l'égard des indicateurs suivants à la suite de l'établissement de la SRDT, et si ces changements sont statistiquement significatifs :
   a) consommation de tabac et prévalence du tabagisme chez les groupes cibles de la SRDT;
   b) connaissance des dangers du tabagisme et de la FTE, particulièrement chez les membres des groupes cibles de la SRDT;
   c) attitude du public à l'égard du tabagisme en général;
   d) évolution des politiques antitabagisme dans les écoles, dans les établissements de santé, dans les garderies, dans les restaurants et dans d'autres endroits publics;
   e) changements au chapitre de l'exposition à la FTE au travail et dans les endroits publics.

2. déterminer si, à la lumière des tendances observées au chapitre de la prévalence du tabagisme et de la quantité fumée depuis l'établissement de la SRDT, l'on peut conclure que la réduction du prix (en 1994) a eu un effet visible sur la consommation de tabac, particulièrement chez les jeunes;

3. déterminer, le cas échéant, si les écarts au chapitre de la prévalence du tabagisme et de la consommation de tabac d'une province à l'autre peuvent être attribués aux différences de prix.

1. Sources d'information

On n'a entrepris aucune activité de collecte de données particulière aux fins de l'étude. L'entrepreneur n'a utilisé que les renseignements offerts par des enquêtes déjà effectuées et d'autres documents. On a examiné les résultats des enquêtes suivantes :

1) Enquête sur le tabagisme au Canada (ETC);
2) études de suivi et de contrôle des campagnes médiatiques (Sage, 1995);
3) étude de contrôle de la santé (Tandemar Research Inc.);
4) Enquête sur l'usage du tabac chez les jeunes (ETJ);
5) Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues (ECAAD);
6) Enquête promotion santé Canada (EPSC);
7) Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP);
8) Sondage Santé Canada (SSC);
9) Enquête sur le tabagisme chez les jeunes — Ontario (ETJ — Ont.);
10) Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ);
11) Enquêtes liées à l'étude de suivi de la lutte contre le tabagisme effectuées par Sage Research Corporation (Sage, 1996);
12) Enquête de 1995 sur les règlements administratifs antitabagisme au Canada, menée auprès des municipalités;
13) Enquête sociale générale de 1996[25].

De plus, on a obtenu de Santé Canada et de Statistique Canada (CANSIM) des données annuelles concernant les ventes de cigarettes par province, le revenu disponible « réel » par habitant, les indices des prix pour les cigarettes et les populations. On n'a recueilli aucune donnée supplémentaire aux fins de cette étude.

Les enquêtes menées par Sage et Tandemar, l'ETC et l'ETJ ont été commandées dans le cadre de la Stratégie de réduction de la demande de tabac. Ces enquêtes visaient à recueillir des renseignements sur la sensibilisation aux risques du tabagisme et de la fumée pour la santé, sur les attitudes envers le tabagisme, sur l'usage du tabac et sur les changements dans l'usage du tabac après la baisse du prix des cigarettes à la suite des réductions des taxes sur le tabac. Qui plus est, les enquêtes de Sage et de Tandemar visaient à déterminer la mesure dans laquelle les campagnes médiatiques s'inscrivant dans la SRDT ont rejoint les groupes cibles.

---

25 Les résultats de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada pour 1996 n'étaient pas encore disponibles au moment de l'étude. Les données de cette enquête qui figurent dans le présent chapitre ont été ajoutées plus tard. Ces données supplémentaires ne modifiaient pas les conclusions déjà tirées par l'entrepreneur.

L'ECAAD, l'EPSC et l'ENSP sont des enquêtes de Statistique Canada qui ne comptaient que quelques questions sur le tabagisme. Néanmoins, ces enquêtes se fondent sur d'importants échantillons à l'échelle nationale qui permettent d'obtenir une estimation comparable et fiable de la prévalence du tabagisme au cours des 30 dernières années. Elle peuvent procurer des données en fonction des régions et de sous-populations précises (p. ex., hommes âgés de 15 à 19 ans). Cependant, ces enquêtes ne visent que les personnes âgées de 15 et plus, et ne fournissent aucun renseignement concernant les jeunes âgés de 12 à 15 ans. Or, cette sous-population est considérée comme très à risque en ce qui concerne le tabagisme. L'ECAAD, l'EPSC et l'ENSP ne fournissent que des renseignements limités à l'égard du tabagisme, et ces renseignements portent surtout sur les habitudes des groupes de répondants au chapitre de l'usage du tabac.

2. Changements de la prévalence du tabagisme et de la consommation

2.1 Prévalence

On détermine généralement la prévalence du tabagisme en calculant le pourcentage de membres de la population qui sont des fumeurs au moment de l'enquête ou pendant une période de référence précise. On définit généralement la consommation comme la quantité fumée, habituellement exprimée au moyen d'un nombre de cigarettes fumées quotidiennement ou annuellement.

Une des grandes difficultés liées à la comparaison des résultats des diverses enquêtes tient au fait que la définition du terme « fumeurs » varie d'une enquête à l'autre. De nombreuses enquêtes posent plusieurs questions visant à déterminer si le répondant fume tous les jours ou occasionnellement, s'il a cessé de fumer ou s'il n'a jamais fumé. L'Enquête sociale générale regroupe les fumeurs habituels (qui fument au moins une cigarette par jour) et les fumeurs occasionnels (qui ne fument qu'à l'occasion) sous la catégorie des fumeurs actuels. L'Enquête sur le tabagisme au Canada (ETC) qualifie de fumeurs actuels les personnes qui, à l'heure actuelle, fument quotidiennement ou ne fument pas quotidiennement[26].

Une autre difficulté consiste à trouver des données historiques assez constantes pour qu'on puisse établir une tendance historique raisonnablement fiable. Seules les enquêtes de Statistique Canada présentent une telle constance au fil de plusieurs années. Enfin, on doit aussi tenir compte du fait que la SRDT a été mise en oeuvre de 1994 à 1996. Or, de toutes les enquêtes menées dans le cadre de la SRDT, seule l'ETC fournissait des données à l'échelle nationale dont le contenu et la fiabilité étaient suffisamment comparables à l'EPSC et à l'ESG pour être utilisées pour 1994 et 1995.

Le tableau 1 de la page suivante décrit la prévalence du tabagisme au Canada de 1965 à 1996.

---

26 Enquête sur le tabagisme au Canada, feuillet de renseignements, cycle 2, Santé Canada (novembre 1994).

Tableau 1
Prévalence du tabagisme au Canada
(1965-1996)

Année	1965	1970	1974	1975	1977	1978	1979	1981	1983	1985	1986	1988	1989	1990	1991	1994	1995	1996
Hommes	61	55	52	51	48	44	45	44	41	36	35	32	33	31	32	31	29	29
Femmes	38	38	39	38	38	37	37	35	34	32	31	25	29	28	30	29	26	26
De 15 à 19 ans																		
Hommes	55	56	54	51	49	36	47	45	38	28	24	20	21	21	20	27	25	24
Femmes	37	43	48	48	47	40	46	42	39	29	28	23	22	21	26	30	26	26
De 20 à 24 ans																		
Hommes	69	61	59	56	53	52	49	48	44	40	38	33	36	35	44	40	37	36
Femmes	50	52	50	49	51	50	40	50	48	41	39	40	38	34	36	37	31	36
25 à 44 ans																		
Hommes	69	61	56	55	53	48	46	48	44	41	39	41	37	36	38	36	33	35
Femmes	48	45	43	43	42	41	42	38	40	39	36	31	34	34	34	32	30	30
45 à 64 ans																		
Hommes	67	59	55	56	50	44	43	46	41	36	36	32	34	30	30	28	29	25
Femmes	36	36	36	38	36	34	34	33	32	30	29	34	30	26	31	29	23	24
65 ans et plus																		
Hommes	42	40	37	39	33	32	25		27	27	20	29	21	18	18	17	15	15
Femmes	12	11	14	14	15	15	13		14	15	14	14	16	14	15	15	14	12

Source : 1976-1990, Statistique Canada, Enquête promotion santé Canada 1990, Rapport technique, Tableau 7-5, page 101. 1994-1995, Enquêtes sur le tabagisme au Canada. 1991 et 1996, Enquête sociale générale.

Le tableau montre qu'à quelques exceptions près, la prévalence d'ensemble du tabagisme baisse constamment depuis 1965, chez les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus, mais on constate un ralentissement du déclin à partir de 1989 par rapport aux 24 années précédentes. Le tabagisme chez les personnes âgées de 20 ans et plus a baissé constamment pendant la période de 1991-1996, sauf chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, où les chiffres sont demeurés inchangés. La seule augmentation depuis 1991 est survenue chez les hommes de 15 à 19 ans, où la prévalence est passée de 20 p. 100 en 1991 à 24 p. 100 en 1996. Malgré la réduction des taxes sur le tabac en 1994 et la hausse prévue du tabagisme en raison du prix plus bas des cigarettes, la prévalence du tabagisme a baissé entre 1994 et 1996, et ce, dans tous les groupes d'âge. Même s'il n'est pas possible d'attribuer ce résultat positif à la SRDT, on peut tout de même conclure qu'il découle d'une combinaison de campagnes antitabagisme, de restrictions touchant le tabagisme dans les endroits publics, de règlements antitabac et de conseils prodigués par des professionnels de la santé publique et des médecins.

Au total, on compte 60 000 fumeurs âgés de 15 ans et plus de moins au Canada en 1996 qu'en 1991, mais, comme en témoigne le tableau 2, on en retrouve 80 000 de plus chez les 15 à 19 ans. Cela correspond à l'opinion étendue selon laquelle le tabagisme est en hausse chez les jeunes.

Tableau 2
Nombre réel de fumeurs au Canada (en milliers)

	1991	1996
Hommes et femmes de 15 ans et plus	6 469	6 409
Hommes	3 282	3 348
15-19 ans	185	239
20-24 ans	438	373
25-44 ans	1 672	1 719
45-64 ans	767	790
65 ans et plus	220	227
Femmes	3 187	3 060
15-19 ans	227	253
20-24 ans	342	361
25-44 ans	1 552	1 450
45-64 ans	820	762
65 ans et plus	245	235

Source : Enquêtes sociales générales de 1991 et de 1996.

2.2 Quantité fumée

Un autre indicateur de succès des campagnes antitabac est la baisse du nombre moyen de cigarettes fumées. Un nombre limité d'enquêtes ont recueilli des renseignements sur cette

question. De plus, les données rapportées à ce sujet varient d'une enquête à l'autre, et il est difficile d'effectuer des comparaisons dans le temps.

Parmi les enquêtes étudiées, les suivantes posaient des questions quant au nombre de cigarettes fumées : Enquêtes sociales générales de 1991 et de 1996; les quatre quartiers de l'ETC (avril 1994 à mars 1995), enquêtes de Sage (1995 et 1996), Enquête sur l'usage du tabac chez les jeunes (1994); et l'enquête de Tandemar Research Inc., (1994). On n'a pas utilisé les renseignements obtenus dans le cadre de l'enquête de Tandemar aux fins de la présente analyse, en raison de la petite taille de son échantillon et de la possibilité d'obtenir les mêmes renseignements d'enquêtes plus importantes.

Les quartiers 1 à 4 de l'ETC posaient la même question aux répondants en ce qui concerne la quantité de cigarettes fumées. L'Enquête sur l'usage du tabac chez les jeunes s'informait aussi de la quantité fumée par les répondants.

Le tableau 3 montre les estimations du nombre de cigarettes fumées par les hommes et les femmes, selon les résultats des Enquêtes sociales générales (ESG) de 1991 et de 1996.

Tableau 3

Pourcentage de fumeurs réguliers, répartis selon le nombre de cigarettes fumées quotidiennement (Personnes âgées de 15 ans et plus)

Nombre de cigarettes consommées quotidiennement	1989	1991	1996
Hommes et femmes			
1-10	26 %	22,4 %	27,9 %
11-25	63 %	67,3 %	64,3 %
26 et plus	9 %	9,9 %	7,2 %
Hommes			
1-10	21 %	19,4 %	22,9 %
11-25	64 %	67,5 %	66,3 %
26 et plus	12 %	12,8 %	10,2 %
Femmes			
1-10	31 %	25,3 %	33,4 %
11-15	62 %	67,1 5	62,2 %
26 et plus	7 %	7,1 %	3,8 %

Source : Les données pour 1989 proviennent de *L'usage du tabac au Canada : un rapport de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, 1989.* Les données pour 1991 et 1996 proviennent de l'Enquête sociale générale (ESG).

Le tableau montre qu'environ le même pourcentage d'hommes et de femmes fument entre 11 et 15 cigarettes. Par contre, on compte 6 p. 100 de plus d'hommes fumant plus de 26 cigarettes par jour, et 6 p. 100 de plus de femmes fumant de une à dix cigarettes par jour. En moyenne, les femmes semblent fumer moins de cigarettes que les hommes. Les gros fumeurs (ceux qui fument plus de 25 cigarettes par jour) semblent être le groupe ayant le plus réduit sa consommation entre 1989 et 1996.

Selon l'ETC, le nombre moyen de cigarettes consommées quotidiennement varie entre 19,6 et 20,6 chez les hommes et entre 15,6 et 16,9 chez les femmes. Ces estimations sont légèrement supérieures aux calculs (se fondant sur certaines hypothèses) pour les hommes dans le cadre de l'ESG de 1991, et sont à peu près les mêmes pour les femmes. Les légers écarts entre les deux enquêtes découlent peut-être des différences au chapitre de la période de référence : l'ESG a été menée en 1991 et l'ETC, en 1994-1995. Le tableau 4 indique le nombre moyen de cigarettes consommées par les fumeurs qui fument tous les jours.

Les données du tableau 4 montrent aussi que les hommes fument plus de cigarettes par jour que les femmes et que le nombre de cigarettes fumées quotidiennement augmente jusqu'à l'âge de 64 ans, pour ensuite baisser.

Tableau 4

Nombre moyen de cigarettes consommées par les personnes qui fument tous les jours en fonction des quatre quartiers des ETC

Période de l'enquête	Quartier 1 Avr.-juin 1994	Quartier 2 Août-sept. 1994	Quartier 3 Nov.-déc. 1994	Quartier 4 Fév.-mars 1995	ESG 1996
Population totale	18,8	18,7	18,4	17,7	17,4
Hommes	20,6	20,5	20,0	18,6	18,8
Femmes	16,9	16,8	16,8	15,6	15,8
15 à 19 ans	13,2	12,7	12,2	11,4	11,5
20 à 24 ans	16,5	16,2	15,4	14,9	14,7
24 à 44 ans	19,7*	18,6	19,5*	18,0	17,9
45 à 64 ans		22,3		20,5	19,3
65 ans et plus	17,4	17,2	16,0	15,6	16,8

* Ces chiffres visent les personnes âgées de 25 à 64 ans.

Les enquêtes menées par Sage demandaient aux répondants s'ils fumaient plus ou moins après la

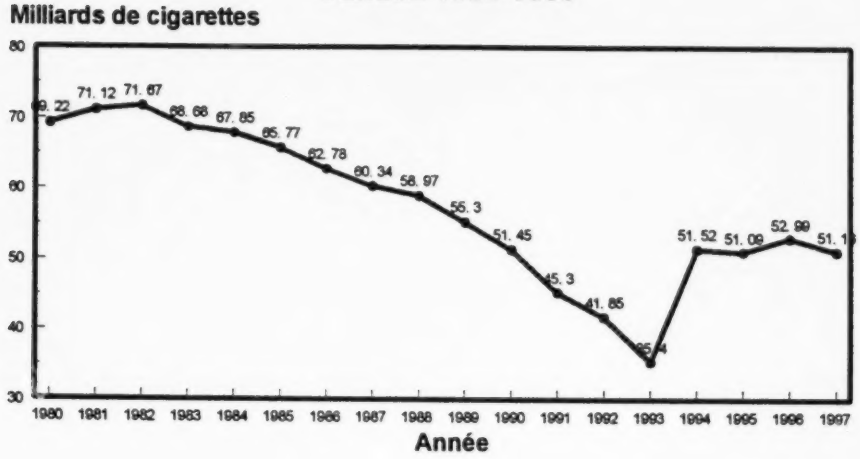
baisse du prix des cigarettes, mais on ne demandait pas de préciser le nombre de cigarettes fumées avant et après la baisse des prix. On analyse les renseignements fournis par les enquêtes de Sage dans la prochaine section, qui porte sur les effets de la réduction du prix sur la quantité fumée

Les données de l'Enquête sociale générale (1996) et des quatre quartiers des ETC (1994-1995) montrent que le nombre moyen de cigarettes consommées par les hommes et par les femmes est demeuré à peu près le même ou a baissé légèrement entre 1994 et 1996.

Ni l'ETC ni l'ESG n'ont recueilli des données sur les fumeurs âgés de moins de 15 ans. Par conséquent, nous ne disposons d'aucune donnée sur les tendances pour ce groupe d'âge. Les auteurs de l'Enquête sur l'usage du tabac chez les jeunes (ETJ) ont déterminé que le nombre moyen de cigarettes fumées par les 10-14 ans était de 6,7 et, chez les 15 à 19 ans, de 11,7. Le quartier 2 de l'ETC rapporte une estimation légèrement supérieure de 12,7 cigarettes par jour pour les 15 à 19 ans, mais l'ESG de 1996 parle plutôt de 11,5, résultat presque identique à celui de l'ETJ. Cependant, on doit interpréter ces chiffres sous toutes réserves, car il est bien connu que les fumeurs ont tendance à sous-évaluer le nombre de cigarettes qu'ils fument. Comme l'indique la figure 1, le nombre de cigarettes vendues au Canada est, de fait, passé de 51,5 milliards en 1994 à 53 milliards en 1996.

Figure 1

VENTES DE CIGARETTES AU PAYS
Canada 1980-1995



Puisqu'on n'a pas recueilli de données sur la prévalence du tabagisme ou la consommation chez d'autres groupes cibles de la SRDT, comme les femmes enceintes, les sans-abri, etc., nous ne sommes pas en mesure de fournir des renseignements sur ces groupes.

3. Effets de la réduction du prix sur l'usage du tabac

Aucune des enquêtes examinées ne fournit des renseignements fiables et prospectifs permettant de déterminer les répercussions de variations du prix sur l'usage du tabac. Seules les enquêtes menées par Sage établissaient un rapport entre les quantités fumées et la réduction du prix. Les enquêtes de Sage procuraient quelques renseignements sur les changements au chapitre de l'usage du tabac après la baisse du prix des cigarettes, mais les données ne permettaient pas de cerner des tendances claires. Par exemple, alors que 20 p. 100 des adolescents déclaraient fumer plus depuis la baisse des prix, 18 p. 100 disaient fumer moins. Cinq pour cent des adultes fumaient davantage depuis la baisse du prix, et 15 p. 100 fumaient moins.

Les enquêtes menées par Sage demandaient aux fumeurs de quelle façon la réduction du prix influait sur la quantité de cigarettes qu'ils fumaient. Le tableau 5 montre les changements au chapitre de l'usage du tabac signalés par les fumeurs dans le cadre des enquêtes de Sage.

Tableau 5

Effets de la réduction du prix sur l'usage du tabac par les fumeurs

	Adultes		Adolescents	
	Sage 2 (1996) (%)	Sage 1 (1995) (%)	Sage 2 (1996) (%)	Sage 1 (1995) (%)
Effets de la réduction du prix des cigarettes sur les fumeurs				
- fument davantage	6	5	27	20
- fument à peu près la même quantité	76	80	57	61
- fument moins	18	15	16	18

Selon les résultats de ces enquêtes, seulement de 5 à 6 p. 100 des adultes (âgés de 18 ans et plus) fument davantage après la réduction du prix, alors que 15 à 18 p. 100 d'entre eux fument moins. Chez les adolescents, 20 p. 100 des fumeurs ont rapporté qu'ils fumaient plus en 1995, chiffre qui est passé à 27 p. 100 en 1996, alors que 18 et 16 p. 100 des adolescents ayant répondu à ces enquêtes ont dit qu'ils fumaient moins.

Ces données correspondent à l'hypothèse selon laquelle l'élasticité à court terme de la demande par rapport au prix est moins grande chez les adultes que chez les adolescents. Les adultes disposent d'un revenu suffisant pour acheter des cigarettes, et leur consommation est fonction de leurs besoins : une petite variation du prix des cigarettes n'influera pas de manière considérable sur leur consommation. Les adolescents, pour leur part, disposent d'un revenu disponible limité

en ce qui concerne l'achat de cigarettes, et pourtant, la quantité fumée par les adolescents continue d'augmenter. Par conséquent, les fluctuations du prix des cigarettes sont plus susceptibles d'influer sur la consommation des adolescents.

On ne dispose pas de données comparables antérieures et postérieures à la SRDT en ce qui concerne le nombre de cigarettes fumées quotidiennement. Par conséquent, il ne serait pas possible d'attribuer directement tout changement à la SRDT ou à la fluctuation des prix. Cependant, les données des enquêtes de *Sage* montrent que si quelques adultes fument davantage à la suite de la réduction des prix, on en compte néanmoins trois fois plus qui fument moins. Par contre, un plus grand nombre d'adolescents ont signalé qu'ils fumaient davantage à la suite de la réduction des prix, et un nombre plus modeste — le même pourcentage que chez les adultes — d'entre eux fument moins.

4. Croyances, attitudes et connaissances liées au tabagisme

L'Enquête de 1994 sur l'usage du tabac chez les jeunes (ETJ) a montré qu'une proportion très élevée des jeunes connaît les effets nocifs du tabagisme : 91 p. 100 d'entre eux savaient que la cigarette entraîne une dépendance, et 90 p. 100, que la FTE a un effet nocif sur la santé. Le tableau 6 montre les croyances des jeunes à l'égard des effets nocifs du tabagisme et de la FTE par province et par groupe d'âge.

Tableau 6

Pourcentage de jeunes qui croient que le tabagisme entraîne une dépendance et que la FTE est nuisible pour la santé

	Tabagisme entraîne une dépendance		FTE nuisible pour la santé	
Groupes d'âge	10-14 ans (%)	15-19 ans (%)	10-14 ans (%)	15-19 ans (%)
Canada	85	96,98	84	96
Terre-Neuve	93	98	88	98
Île-du- Prince-Édouard	93	97	88	98
Nouvelle-Écosse	90	98	89	98
Nouveau-Brunswick	84	95	83	96
Québec	74	97	83	96
Ontario	87	98	83	96
Manitoba	91	99	87	97
Saskatchewan	93	99	87	97
Alberta	91	98	87	97
Colombie-Britannique	90	96	86	98

Source : Enquête sur l'usage du tabac chez les jeunes, 1994, rapport technique.

La part de répondants qui estiment que le tabagisme engendre une dépendance et que le FTE a un effet nuisible sur la santé était plus élevée dans l'ETJ que dans les enquêtes de *Sage*. De même, la proportion de répondants selon qui le gouvernement devrait interdire la commandite d'événements sportifs et culturels par les fabricants de cigarettes est considérablement plus élevée dans l'OADOS que dans les enquêtes menées par *Sage*. Cependant, ces écarts pourraient découler de différences au chapitre de la méthodologie et de la formulation des questions.

En somme, un pourcentage très élevé d'adultes et d'adolescents canadiens connaissent les effets nocifs du tabagisme et de la FTE sur la santé. Les membres de ces deux groupes estiment que les campagnes (SRDT) de Santé Canada présentent clairement les risques que pose le tabagisme pour la santé. L'enquête menée par *Tandemar* a révélé que même si les répondants considéraient les campagnes de Santé Canada comme pertinentes, ils estimaient néanmoins que ces campagnes ne présentaient pas de nouveaux renseignements.

On constate un écart considérable entre les enquêtes menées par *Sage* et les autres enquêtes au chapitre de l'estimation du soutien de l'interdiction de commandite d'événements sportifs et culturels par les fabricants de cigarettes. Presque les deux tiers des adultes et des adolescents qui fument connaissaient les dangers du tabagisme pour la santé. En raison des nombreuses campagnes antitabagisme menées avant et pendant la SRDT, il n'est pas possible d'attribuer la sensibilisation du public et les attitudes qu'il adopte à des campagnes particulières (y compris la SRDT).

5. Politiques et règlements municipaux en matière de tabagisme

Santé Canada a mené deux enquêtes (en 1991 et en 1995) auprès des municipalités du Canada en vue d'obtenir des renseignements sur les règlements municipaux qui visent à limiter ou à interdire la vente ou l'utilisation de produits du tabac. Ces enquêtes sont très utiles lorsque vient le temps de comparer les données antérieures et postérieures à la SRDT sur les règlements municipaux qui portent sur le tabagisme.

On a mené deux enquêtes auprès des municipalités, soit une en 1990 et une autre en 1995. L'enquête de 1995 visait à obtenir des renseignements auprès de toutes les municipalités comptant plus de 10 000 habitants et à en obtenir auprès d'autres municipalités jusqu'à ce qu'au moins 75 p. 100 (60 p. 100 dans le cas des provinces dont la population rurale est importante) de la population provinciale soit représentée.

On a utilisé les renseignements obtenus dans le cadre des deux enquêtes pour mettre à jour les bases de données relatives aux règlements municipaux touchant le tabagisme. Les bases de données sont constituées non pas de résultats de sondages particuliers, mais bien de « mises à jour ». La base de données de 1991 est présentée en 14 tableaux, et celle de 1995, en 15 tableaux, chaque tableau présentant une liste alphabétique des municipalités et des différents types de règlements adoptés par les municipalités. À l'exception d'un tableau dans la base de données de 1995 qui classe les règlements municipaux en fonction de catégories générales, les

autres tableaux des deux bases de données présentent une liste alphabétique des municipalités pour l'ensemble du Canada (c.-à-d. sans mentionner la province). Par conséquent, on ne peut regrouper les municipalités en fonction de catégories générales (p. ex., hôpitaux, garderies) que pour la mise à jour de 1995.

Le tableau 7 indique le nombre de municipalités comprises dans les bases de données de 1991 et de 1995.

Tableau 7

Nombre de municipalités visées par les bases de données de 1991 et de 1995, par province

	Base de données de 1991	Base de données de 1995
Canada	280	380
Terre-Neuve	---	1
Île-du-Prince-Édouard	1	2
Nouvelle-Écosse	4	5
Nouveau-Brunswick	1	23
Québec	58	72
Ontario	118	147
Manitoba	11	11
Saskatchewan	18	26
Alberta	13	33
Colombie-Britannique	55	57
Territoires du Nord-Ouest	1	2
Yukon	---	1

Le nombre de municipalités dotées de règlements relatifs au tabagisme est passé de 280 à 380, soit environ un tiers de plus, entre 1991 et 1995. Toutefois, ces chiffres ne montrent pas le pourcentage de la population qui est visée par les règlements municipaux antitabac.

Le tableau 8, ci-dessous, compare le nombre de municipalités qui, selon les bases de données de 1991 et de 1995, ont mis en place diverses catégories de règlements.

Le nombre de municipalités interdisant la consommation de tabac dans les hôpitaux a presque doublé entre 1991 et 1995. En raison de la nature même des bases de données, il n'est pas possible d'expliquer le déclin du nombre de municipalités dotées de règlements qui interdisent de fumer dans les autobus scolaires et dans les restaurants.

Tableau 8

Domaines visés	Base de données de 1991	Base de données de 1995
Installations des hôpitaux	50	103
Zones des hôpitaux qui sont destinées aux soins	56	46
Autobus scolaires	93	90
Restaurants	146	143
Établissements titulaires d'un permis	45	55

En résumé, le nombre de municipalités ayant promulgué des règlements concernant le tabagisme dans divers endroits a augmenté de presque 33 p. 100 entre 1991 et 1995. Cependant, la liste pour 1995 ne compte que 380 municipalités. Trois cent soixante des 668 municipalités qui ont participé à l'enquête de 1995 n'étaient pas dotées de règlements relatifs au tabagisme. On doit faire preuve de prudence lorsqu'on interprète le contenu de ces bases de données. Le pouvoir de prendre des règlements liés au tabagisme et la délégation de pouvoirs aux municipalités peuvent varier d'une province à l'autre.

7. Interdiction de fumer dans les écoles canadiennes

De plus, Santé Canada a commandé trois enquêtes (en 1990, en 1992-1993 et en 1995) sur les politiques antitabac des écoles canadiennes. Ces enquêtes fournissent des indicateurs de changement en ce qui concerne les politiques relatives au tabagisme par les étudiants et le personnel. Cependant, il n'est pas possible de déterminer lesquels de ces changements pourraient être attribués à la SRDT et lesquels auraient pu avoir lieu sans la SRDT.

L'enquête de 1990 a obtenu des renseignements auprès de 6 572 écoles et 576 commissions scolaires. Les auteurs de l'enquête ont conclu qu'environ 98 p. 100 des écoles canadiennes étaient dotées de politiques antitabac. Environ 59 p. 100 des écoles ont adopté une politique interdisant totalement le tabagisme. Environ 97 p. 100 des écoles limitent les endroits où le personnel peut fumer, 67 p. 100 des établissements ont adopté une politique interdisant au personnel de fumer et 76 p. 100 interdisent au personnel de fumer à l'intérieur de l'école. L'enquête de 1990 indique aussi que 84 p. 100 des écoles sont dotées d'une politique sans fumée pour les étudiants et que 93 p. 100 des établissements ne leur permettent pas de fumer à l'intérieur de l'école.

L'Enquête nationale sur les programmes de prévention du tabagisme dans les écoles (1992-1993) s'informait des restrictions imposées par les écoles concernant le tabagisme pendant et après les cours. Le tableau 9, ci-dessous, montre le pourcentage des écoles canadiennes qui interdisent aux

étudiants et aux enseignants de fumer. Le rapport de l'enquête présente les renseignements par province et territoire et par école (primaires et secondaires). Toutefois, le nombre d'écoles dans la plupart des catégories est inférieur à 20. C'est pourquoi on ne présente pas les données par province et par territoire.

Tableau 9

Pourcentage des écoles qui interdisent aux étudiants et aux enseignants de fumer par type d'écoles (1992-1993)

	Écoles primaires		Écoles secondaires	
Restrictions touchant	**les étudiants**	**les enseignants**	**les étudiants**	**les enseignants**
Pendant les heures de cours	88,9	73,4	48,0	52,0
Après les heures de cours	87,9	72,5	51,0	53,1

On s'attendrait à ce qu'un plus grand nombre d'écoles interdisent aux étudiants de fumer durant les heures de cours qu'après les heures de cours. Pour les écoles secondaires, les données de l'enquête ne correspondent pas à cette hypothèse. Néanmoins, les données montrent que près de 90 p. 100 des écoles primaires et 50 p. 100 des écoles secondaires de l'échantillon sont dotées de restrictions antitabac sur les étudiants. Environ 75 p. 100 des écoles primaires et 50 p. 100 des écoles secondaires sont dotées de telles restrictions pour les enseignants.

L'enquête de 1995, menée auprès de 4 175 écoles, montre que presque toutes les écoles (97 p. 100) ont établi une politique visant à contrôler le tabagisme. Ce pourcentage n'est pas considérablement inférieur (écart de 1 p. 100) aux résultats obtenus dans le cadre de l'enquête menée en 1990. Le taux inférieur peut découler de différences au chapitre des méthodes d'échantillonnage et (ou) des questionnaires.

L'enquête de 1992-1993 affiche un pourcentage beaucoup plus bas d'écoles dotées de politiques liées au tabagisme que les enquêtes de 1990 et 1995. Toutefois, les résultats de l'enquête de 1992-1995 se fondaient sur un échantillon plus modeste de 118 commissions scolaires et 227 écoles. L'enquête de 1990 se fondait sur un échantillon de 536 commissions scolaires et 6 572 écoles, et celle de 1995, sur un échantillon de 4 175 écoles. On a utilisé les données des enquêtes de 1990 et de 1995 pour examiner les changements du nombre d'écoles dotées de politiques relatives au tabagisme.

Le tableau 10, plus bas, présente la répartition des commissions scolaires interdisant partiellement ou totalement aux étudiants de fumer, par province. Aux fins de ce tableau, l'interdiction dite « totale » est définie comme « l'interdiction totale de fumer en tout temps ou

pendant les heures de cours » pour l'enquête de 1990, ou comme l'« interdiction de fumer à l'intérieur et à l'extérieur ou à l'intérieur mais pas à l'extérieur », pour l'enquête de 1995.

Le tableau indique que même si le pourcentage d'écoles dotées de politiques antitabac n'a pas changé entre 1990 et 1995, un nombre considérablement plus élevé d'écoles ont resserré leurs politiques relatives au tabagisme chez les étudiants.

En résumé, le pourcentage d'écoles dotés de politiques antitabac était très élevé avant la mise en oeuvre de la SRDT. Ce pourcentage est plus ou moins demeuré le même. Cependant, on constate une augmentation considérable du nombre d'écoles dont les politiques antitabac sont plus sévères.

Tableau 10

Répartition en pourcentage des commissions scolaires qui interdisent totalement ou partiellement aux étudiants de fumer

Année	Interdiction totale 1990	Interdiction totale 1995	Interdiction partielle 1990	Interdiction partielle 1995
Canada	66	83	32	11
C.-B.	49	89	48	2
Alberta	71	87	26	5
Saskatchewan	69	86	26	2
Manitoba	71	93	26	---
Ontario	77	97	22	---
Québec (*)	12	34	88	57
N.-B.	36	89	61	1
N.-É.	80	91	19	3
I.P.-É.	41	97	59	---
T.-N.	64	92	31	---

8. Politiques relatives au tabagisme dans d'autres endroits publics et commerciaux

En 1995, dans le cadre d'une étude nationale étendue sur les politiques relatives au tabagisme dans un certain nombre d'endroits publics, on a effectué les sondages suivants :

a. sondage téléphonique auprès de 100 grandes sociétés canadiennes dans les secteurs de la vente au détail, des services alimentaires et des hôtels, des propriétaires de locaux commerciaux et des terminus d'autobus;
b. sondage auprès de 2 396 hôpitaux, établissements de soins prolongés et de longue durée et centres d'accueil (soit environ 56 p. 100 de ces établissements au Canada);

c. sondage auprès de 2 554 garderies accréditées (environ 30 p. 100 de ces établissements au Canada);
d. entrevues auprès de 198 organismes de garde de jour pour les services de garde en milieu familial volontairement accrédités.

On disposait de rapports sommaires sur ces sondages aux fins de l'analyse. Les rapports n'offraient aucun renseignement quant aux méthodes d'échantillonnage, à la taille de l'échantillon et aux taux de participation. Il n'est donc pas possible d'évaluer la fiabilité et la qualité des données obtenues.

8.1 Politiques relatives au tabagisme dans les établissements commerciaux

Le sondage téléphonique a été administré auprès de 100 grandes entreprises canadiennes (affichant généralement des recettes annuelles de plus de 100 millions de dollars) dans quatre secteurs commerciaux : vente au détail, services alimentaires et hôtellerie, propriétaires de locaux commerciaux et terminus d'autobus. La plupart des sociétés comptent (ou semblent compter) plusieurs établissements. Les personnes qui se présentent dans un établissement commercial n'y restent que pour une période relativement courte, sauf pour les hôtels. Toutefois, les clients des hôtels considèrent généralement leur chambre comme un second chez-soi : il est donc possible qu'ils s'attendent à pouvoir fumer dans leur chambre.

La plupart des établissements commerciaux participants sont dotés d'une politique relative au tabagisme. Environ 55 p. 100 des politiques désignent des zones pour fumeur qui ne sont pas visées par un système d'aération distinct, ce qui a pour effet d'exposer le public et les employés à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE). Lorsqu'elles sont pleinement appliquées, seulement environ 30 p. 100 de l'ensemble des politiques peuvent protéger le public de la FTE.

8.2 Politiques relatives au tabagisme dans les établissements de soins de santé

Dans une des sections précédentes, on présentait des renseignements obtenus des municipalités concernant leurs politiques limitant le tabagisme dans les hôpitaux sur leur territoire. La présente section expose des renseignements obtenus d'hôpitaux, d'établissements de soins prolongés et de longue durée, et de centres d'accueil. Le Tableau 11 présente la répartition des politiques relatives au tabagisme par province.

Dans l'ensemble, 96 p. 100 des établissements visés par l'étude sont dotés d'une politique, qu'elle soit écrite ou non. À l'exception du Nouveau-Brunswick, plus de 93 p. 100 des établissements de soins de santé des provinces sont dotés d'une politique écrite ou non en matière de tabagisme. Trente et un pour cent des établissements de soins de santé prévoient la prise de mesures disciplinaires officielles, et 9 p. 100, l'imposition d'une amende.

Comme c'est le cas pour les hôtels, les patients des établissements de soins de santé sont généralement sur place pendant une période plus longue. Et, à moins que leur médecin ne leur interdise de fumer, ils sont susceptibles de s'attendre à ce qu'on leur permette de fumer (à

l'intérieur ou à l'extérieur). Dans seulement 3 p. 100 des cas, les politiques interdisent de fumer à l'intérieur et à l'extérieur.

Le secteur des soins de santé est très conscient des dangers du tabagisme et de l'exposition à la FTE. En appliquant efficacement une politique, 60 p. 100 des établissements pourraient offrir une protection contre la fumée secondaire dans les établissements de soins de santé.

Tableau 11

Pourcentage des établissements de soins de santé qui sont dotés de politiques écrites ou non écrites, par province

Territoire	Politiques écrites	Politiques non écrites	Aucune politique
Canada	83	13	4
C.-B.	83	15	2
Alberta	94	6	0
Saskatchewan	84	12	4
Manitoba	88	10	2
Ontario	87	10	3
Québec	78	15	7
N.-B.	59	26	15
N.-É.	81	17	2
Î.P.-É.	90	10	0
T.-N.	73	24	3

8.3 Politiques relatives au tabagisme au sein des établissements et des organismes qui offrent des services de garde

Le sondage a été administré auprès de 2 554 garderies accréditées et de 198 organismes offrant des services de garde. Le rapport sommaire ne précise pas le lien entre les organismes offrant des services de garde et les services de garde en milieu familial ni le nombre d'organismes de ce genre au Canada.

Le Tableau 12 indique le pourcentage par province de garderies dotées de politiques relatives au tabagisme.

Les garderies sont bien différentes des autres endroits publics. Les enfants qui fréquentent les garderies sont généralement trop jeunes pour fumer. Cependant, tous les enfants, qu'ils soient dans une garderie accréditée ou un milieu familial, pourraient être exposés à la FTE si les personnes responsables n'imposent pas de restrictions quant au tabagisme.

Presque toutes les garderies (93 p. 100) sont dotées d'une politique, écrite ou non, relative au tabagisme. Qui plus est, 51 p. 100 des garderies dotées de politiques relatives au tabagisme interdisent de fumer à l'intérieur et à l'extérieur.

Seulement 62 p. 100 des organismes offrant des services de garde réglementent le tabagisme en milieu familial, 45 p. 100 sont dotés de politiques écrites et 17 p. 100, de politiques non écrites. Dix-neuf pour cent des organismes offrant des services de garde prévoient la révocation du permis de garde à domicile lorsque le responsable ne respecte pas les restrictions relatives au tabagisme, et 38 p. 100 des organismes prévoient le renvoi du responsable.

Tableau 12

Pourcentage des garderies dotées de politiques écrites ou non écrites (par province)

Territoire	Politiques écrites	Politiques non écrites	Aucune politique
Canada	46	47	7
C.-B.	34	57	9
Alberta	61	33	6
Saskatchewan	76	24	0
Manitoba	51	41	8
Ontario	50	46	4
Québec	36	57	7
N.-B.	35	55	10
N.-É.	31	54	15
Î.P.-É.	56	43	1
T.-N.	49	51	0

Trente-huit pour cent des organismes offrant des services de garde interdisent de fumer lorsqu'on dispense des services de garde en milieu familial. Cela signifie non pas que tous les enfants bénéficiant de ces services sont exposés à la FTE, mais bien que l'exposition à la FTE est fonction des pratiques de la personne responsable.

À l'exception des garderies de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick, plus de 90 p. 100 des garderies dans toutes les autres provinces ont établi une politique relative au tabagisme. Moins de 40 p. 100 des garderies de la Colombie-Britannique, du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick sont dotées de politiques écrites.

Somme toute, un gros pourcentage d'établissements de soins de santé, de garderies et d'établissements commerciaux importants ont adopté des politiques visant à limiter le tabagisme

et à réduire l'exposition à la FTE. Toutefois, le respect manifesté à l'endroit des politiques relatives au tabagisme varie selon le secteur et l'établissement.

9. Exposition à la fumée de tabac à la maison et au travail

On ne dispose pas de données pertinentes permettant de déterminer si la SRDT a entraîné une baisse de l'exposition à la FTE dans les foyers et les milieux de travail. Toutefois, les renseignements présentés dans les sections précédentes montrent que :

a. les adolescents et les adultes, qu'ils soient fumeurs ou non, sont très sensibilisés aux effets nocifs de la FTE sur la santé;
b. le nombre de municipalités qui prennent des règlements interdisant le tabagisme dans les endroits publics sur leur territoire augmente;
c. le nombre d'écoles qui interdisent totalement le tabagisme augmente;
d. un pourcentage important des établissements de soins de santé, des garderies et d'établissements commerciaux ont adopté des politiques de contrôle du tabagisme.

10. Élasticité de la demande par rapport au prix des cigarettes

Comme on l'a mentionné au début du présent chapitre, le principal objectif de la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT) était de contrer l'augmentation prévue de la consommation de tabac à la suite de la réduction des taxes sur le tabac. L'évaluation a ensuite tenté de répondre aux deux questions suivantes :

1. À la lumière des tendances observées au chapitre de la prévalence du tabagisme et de la consommation de tabac depuis la mise en oeuvre de la SRDT, existe-t-il des preuves que la réduction du prix du tabac en 1994 a eu un effet visible sur la consommation de tabac, particulièrement chez les jeunes?

2. L'écart (le cas échéant) au chapitre de la prévalence du tabagisme et de la consommation d'une province à l'autre peut-il être attribué aux différences des prix?

Dans le cadre de son contrat, *Madhu Joshi & Associates* (MJA) a été chargé d'envisager ces deux questions. La présente section est un résumé de la conclusion de MJA. L'annexe A traite plus en détail de la notion d'élasticité de la demande.

10.1 La notion d'élasticité

Dans la plupart des cas, la consommation de biens et services baisse lorsque le prix augmente, et elle augmente lorsque le prix baisse. Dans la plupart des pays, les gouvernements utilisent depuis longtemps les taxes sur la vente de tabac comme source de revenu. Les effets des changements au chapitre des taxes sur la vente de tabac et les effets de ces changements sur les revenus

gouvernementaux ont fait l'objet de nombreuses études. Après avoir examiné plusieurs études sur le sujet, MJA a tiré les conclusions suivantes :

1. l'impact à long terme d'une hausse de prix sur la consommation sera plus fort que l'impact immédiat, disons, pendant un an. La plupart des études ont cerné un écart modéré, pouvant aller de trois à quatre ans, entre les effets à court terme et les effets à long terme. Les résultats d'une enquête de Finances Canada (1993) sur l'élasticité indiquent que la consommation au Canada ne baisse que de 0,3 à 0,4 p. 100 à court terme et de 0,6 à 0,8 p. 100 à long terme. Pour réaliser un objectif (en pourcentage) de réduction de la consommation de tabac, il faudra augmenter le prix davantage ou accompagner l'augmentation d'une campagne antitabagisme;

2. dans l'ensemble, les résultats de la plupart des études ont tendance à montrer que les artisans des politiques doivent attendre de deux à trois ans avant que le gros des effets de la hausse du prix du tabac ne se reflète dans la consommation;

3. la notion d'élasticité suppose que les fumeurs sont plus susceptibles d'augmenter leur consommation de tabac lorsque le prix baisse qu'ils ne le sont de réduire leur consommation lorsque le prix augmente;

4. l'impact d'une hausse du prix du tabac est plus grand chez les adolescents que chez les adultes. Cela correspond à l'hypothèse selon laquelle les adolescents ont un budget plus serré et n'ont qu'une marge de manoeuvre limitée en ce qui concerne l'absorption des hausses de prix;

5. la contrebande fait son apparition lorsque les taxes sur le tabac dépassent un certain seuil;

6. l'élasticité par rapport au revenu semble plutôt faible, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des personnes ne consacrent qu'une modeste part de leur revenu croissant au tabagisme.

Les études entreprises jusqu'à maintenant n'ont pas réussi à isoler les effets de « changements structurels » du prix et du revenu. Parmi ces « changements structurels », mentionnons les campagnes médiatiques et les diverses stratégies visant à réduire la demande en tabac, les différences de goût d'une génération à l'autre et l'offre de nouveaux produits. Des changements structurels ont continuellement lieu, même lorsque les gouvernements imposent des taxes afin de hausser le prix. Ces changements structurels influent sur les estimations relatives à l'élasticité.

Les modèles existants ne permettent pas d'examiner ou de prédire les effets d'une variation du prix sur la prévalence du tabagisme. Il s'agit essentiellement de modèles macroéconomiques qui ne se prêtent pas à l'établissement d'une politique antitabac étendue. On doit mener une étude plus détaillée qui se fonderait sur des enquêtes effectuées à diverses périodes afin de distinguer efficacement les effets des changements structurels des effets des hausses de prix du tabac.

Les modèles de l'élasticité du prix élaborés jusqu'à maintenant se révèlent utiles lorsque vient le temps d'examiner les effets d'une variation du prix sur la consommation totale de tabac, mais pas lorsqu'on étudie les effets des fluctuations du prix sur des sous-groupes précis de la population, comme les populations provinciales, les membres de groupes d'âge précis ou les personnes qui appartiennent à un groupe cible particulier (par ex. : jeunes, femmes enceintes, chômeurs, etc.).

On doit obtenir des données transversales et chronologiques sur le revenu disponible, les habitudes des fumeurs, les dépenses au chapitre des produits du tabac (par groupes cibles) et le prix des cigarettes afin d'étudier les effets de la variation du prix sur les habitudes des fumeurs et la consommation de tabac. Les données tirées d'enquêtes similaires à l'ETC seraient idéales pour une telle analyse.

10.2 Effet du prix sur les ventes provinciales de cigarettes

Quand le gouvernement fédéral a réduit les taxes sur le tabac en 1994, certaines provinces ont emboîté le pas alors que d'autres ont maintenu le niveau de taxation. Cela a eu pour effet d'élargir l'écart du prix des cigarettes d'une province à l'autre. *Madhu Joshi & Associates* a examiné les effets de ces différences de réduction de taxes sur la vente de cigarettes de chaque province en utilisant un modèle simple qui permet de mettre en rapport les ventes de cigarettes par habitant, le revenu réel disponible par habitant et les indices provinciaux du prix réel des cigarettes pour la période s'étendant de 1981 à 1995.

Même si, en raison de la courte périodicité des données, on n'a pas pu tirer des conclusions définitives, on a néanmoins obtenu des résultats intéressants :

1. le délai d'ajustement de la consommation désirée avec sa valeur réelle est plutôt modéré, disons, tout au plus deux ans. C'est une conclusion encourageante en ce qui concerne l'élaboration d'une politique visant à réduire l'usage du tabac grâce à l'augmentation du prix du tabac à la suite d'une hausse de taxes;

2. les élasticités par rapport au prix se situent entre -0,5 et -0,6, ce qui correspond aux preuves du sondage mentionné plus haut selon lesquelles les élasticités par rapport au prix sont considérablement inférieures à l'unité;

3. le prix du tabac est un facteur déterminant plus puissant et plus constant que le revenu disponible en ce qui concerne la consommation de tabac.

On a utilisé les estimations de l'élasticité pour prévoir les ventes de cigarettes pour les années 1994 et 1995, soit les deux années qui ont suivi la réduction des taxes et la création de la SRDT. Une comparaison des ventes estimées et des ventes réelles montre que les modèles utilisés surestimaient généralement la consommation dans les provinces en 1994 et en 1995, sauf en Alberta. Le résultat pourrait laisser croire que les campagnes médiatiques et un resserrement graduel des restrictions spatiales relatives au tabagisme ont, en général, contré l'impact d'une

baisse du prix des cigarettes. De plus, la surestimation est plus élevée en 1995 qu'en 1994, ce qui porte à croire que les initiatives antitabagisme avaient rejoint une plus grande part de la population en 1995 qu'en 1994 ou que le message avait réussi à s'infiltrer davantage dans l'esprit des fumeurs, les persuadant de prendre des mesures draconiennes pour réduire leur consommation de tabac.

L'expérience laisse croire qu'on doit obtenir des données désagrégées plus pertinentes afin d'examiner plus efficacement l'effet de la variation du prix sur l'usage du tabac au sein d'un groupe spécial de personnes. Une telle analyse pourrait, par exemple, fournir des renseignements sur les effets quantitatifs du prix sur l'usage du tabac chez les jeunes âgés de 10 à 18 ans, les femmes enceintes et les personnes de métiers divers. Chaque groupe se distingue par son revenu, par son environnement de vie et de travail et par son attitude à l'égard du tabagisme. Une étude des différentes réactions de ces groupes à l'égard des variations du prix pourraient fournir des renseignements très utiles pour la création de campagnes antitabac réalistes et efficaces.

CHAPITRE 11 : QUESTIONS TOUCHANT L'ENSEMBLE DE LA STRATÉGIE

En plus de tenir des discussions de groupe avec les Autochtones et d'examiner les recherches effectuées dans le cadre de la SRDT, *Ekos Research Inc.* a mené plus de 50 entrevues auprès d'intervenants qui oeuvrent dans le domaine de la santé, au sein de Santé Canada ou non. On comptait parmi les personnes interrogées des agents de Santé Canada, des Autochtones et des représentants d'organisations non gouvernementales et de gouvernements provinciaux. Les entrevues abordaient les questions touchant « l'ensemble de la stratégie », qui ont été cernées grâce aux questions 6 à 10 et 44 à 46 du chapitre 2. Elles visaient à obtenir le point de vue de personnes qui étaient étroitement liées à la SRDT ou qui la connaissent bien. Le présent chapitre contient le rapport sommaire d'*Ekos* et présente les commentaires des experts concernant les conclusions préliminaires de l'évaluation, exposés au chapitre 2.

Les conclusions des entrevues s'articulent autour de trois grandes questions :

1) conception et ressources du programme;
2) réalisation des objectifs et examen des impacts et effets;
3) leçons tirées et solutions de rechange.

Pour chaque grande question, on présente les résultats en prenant soin de toujours mentionner les sources : répondants clés du gouvernement fédéral, répondants clés des provinces et territoires, intervenants externes, examen de la recherche, participants autochtones des groupes de discussion et membres du groupe d'experts.

1. Conception et ressources du programme

La présente section aborde les quatre principales questions liées à la conception et aux ressources du programme qui ont été mentionnées par les cinq sources de données. Il s'agit des questions suivantes : mesure dans laquelle on a misé sur la SRDT et correspondance de la stratégie avec les initiatives antérieures; types de projets financés et répartition des ressources entre les volets de la stratégie; niveaux des ressources; et maintien du financement.

1.1 Continuité et cohérence

Les conclusions à l'égard de cette question laissent croire que la conception de la SRDT correspondait aux principes et aux objectifs établis. Les représentants de Santé Canada étaient plus susceptibles d'émettre cette opinion que ceux des gouvernements provinciaux et territoriaux ou des organisations non gouvernementales.

Dans l'ensemble, les répondants estiment que la conception et la mise en oeuvre des divers volets de la SRDT respectent, au moins un peu, ses objectifs généraux et croient que les diverses

initiatives s'inscrivant dans la SRDT étaient conséquentes et se complétaient. Toutefois, plusieurs répondants du fédéral et des provinces et territoires étaient d'avis que, dans nombre de cas, il était impossible d'assurer une uniformité entre les initiatives, car la stratégie n'était pas dotée d'un plan d'ensemble. Un tel plan aurait facilité la mise en oeuvre et l'intégration des projets, ainsi que l'établissement de liens entre ces projets.

Même si les répondants du fédéral s'entendaient pour dire que les documents et les ressources élaborés antérieurement (p. ex. : Journal d'une jeune fumeuse, Vivre sans fumer, PEP) avaient été utilisés, les répondants autochtones ont déclaré que la plupart de ces outils ne s'appliquaient pas aux Premières nations et aux collectivités inuit. De nombreux documents existants ont été mis à jour et adoptés pendant la SRDT, mais certains sont encore désuets.

La plupart des répondants estiment que la SRDT a fait fond sur les services, programmes et autres initiatives antérieures, mais on n'arrive pas à s'entendre sur l'efficacité des efforts en ce sens. On a signalé un certain manque de continuité. Par exemple, un répondant était d'avis que la SRDT aurait pu utiliser du matériel élaboré pour les campagnes antidrogue. Ces deux groupes ont aussi souligné que l'absence de planification ou de temps pour élaborer une stratégie cohérente dès le début limitait l'efficacité de la SRDT à cet égard.

1.2 Répartition des ressources entre les volets, types de projets financés

En ce qui a trait à la répartition des ressources parmi les volets de la SRDT, la majorité des répondants du fédéral et des provinces et territoires considèrent que les fonds ont été affectés convenablement aux différentes initiatives. Plusieurs intervenants externes se sont dits préoccupés à l'égard du processus d'affectation des ressources, faisant valoir qu'il devrait y avoir une plus grande collaboration au chapitre de la prise de décisions concernant les projets. Néanmoins, on a avancé des arguments en faveur d'un accroissement du financement destiné à plusieurs volets de la stratégie. Plusieurs répondants clés du fédéral et des provinces et territoires croient qu'on devrait attribuer plus de fonds au volet recherche de la stratégie, car la recherche favorise l'acquisition de connaissances permettant d'élaborer des programmes. Pour ce qui est du volet qui se consacre à l'exécution de la loi, les opinions étaient divisées : certains répondants estiment qu'on doit financer ce volet davantage, et d'autres considèrent que les activités liées à l'exécution de la loi sont relativement inefficaces. On a aussi fait valoir l'importance d'affecter plus de ressources au niveau communautaire. Au dire d'un des répondants, on devrait fixer au préalable le financement communautaire annuel pour chaque territoire. Enfin, on a suggéré qu'un financement additionnel soit affecté à la promotion, ce qui permettrait de mener des campagnes médiatiques plus longues. Même si certains membres du groupe d'experts éprouvent de la difficulté à déterminer si on a réussi malgré l'absence de plans ou de cibles claires à établir un équilibre approprié entre les volets de la stratégie, la plupart d'entre eux estiment que les éléments de la SRDT étaient complets et appropriés. Plusieurs experts ont laissé entendre que la SRDT aurait dû investir une plus grande proportion des fonds dans la prévention, particulièrement chez les jeunes.

Même si la répartition des ressources entre les volets est généralement considérée comme appropriée, on croit néanmoins qu'on doit favoriser une plus grande souplesse en ce qui concerne les échéances et la structure décisionnelle. La mise en oeuvre de projets de développement communautaire, comme ceux qu'ont entrepris les Premières nations, prend du temps, et l'établissement d'échéances fermes constitue un obstacle. La conception de la SRDT prévoyait le financement d'activités communautaires par l'entremise d'organisations non gouvernementales, ce qui a créé des problèmes supplémentaires dans certaines régions. Par exemple, dans l'un des territoires, aucune ONG ne pouvait prendre le financement, et Santé Canada n'a pas délégué les pouvoirs nécessaires aux agents territoriaux. Dans les territoires, les projets financés n'ont commencé que l'an dernier : il est donc peu probable qu'ils entraîneront des effets à long terme. Certains répondants des provinces et territoires ont signalé un problème similaire, disant que le financement n'avait pas été attribué aux unités d'intervention les plus naturelles de la province en matière de tabagisme, c'est-à-dire les services de santé communautaires : « c'est comme si Santé Canada croyait que les services de santé communautaires n'avaient pas de lien avec la collectivité ». On a aussi demandé que les bureaux régionaux de Santé Canada jouissent d'une plus grande autonomie en ce qui concerne la sélection des projets à financer.

Toujours sur la question de l'affectation des ressources, on s'est attaché aux types de projets financés et aux groupes visés. Dans l'ensemble, la répartition des ressources parmi les groupes cibles de la SRDT est considérée comme appropriée, compte tenu des objectifs de la stratégie. Par exemple, on a financé un projet destiné aux immigrants dans une région qui en compte très peu, ce que les intervenants de cette localité n'ont pas apprécié. On aurait préféré, pour cette région peu peuplée, un programme de portée plus générale. Certains critiquent l'utilisation de ce qu'ils appellent des « quotas » pour l'affectation de fonds, ce qui a entraîné la création de projets considérés comme médiocres qui visaient une « catégorie établie par Santé Canada ».

On a néanmoins avancé de nombreux arguments en faveur d'un soutien accru à l'endroit de certains groupes cibles, notamment des Autochtones, dont le niveau de financement, selon certains répondants clés au sein du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux, ne reflète pas convenablement le fait que ce groupe affiche un taux supérieur de consommation de tabac. D'autres estiment qu'on aurait dû s'attacher presque exclusivement aux jeunes et mettre un accent moins prononcé sur les femmes. D'autres répondants ont souligné que les efforts s'inscrivant dans la SRDT qui visaient les femmes omettaient de reconnaître que l'usage du tabac est principalement une question de dépendance et ne tenaient pas compte du contexte social des femmes. Certains membres du groupe d'experts sont en faveur d'un accent encore plus prononcé sur les jeunes.

1.3 Niveaux des ressources

En ce qui concerne le niveau d'ensemble des ressources, seuls les *groupes autochtones* financés par l'entremise de la Direction générale des services médicaux estiment que la SRDT n'était pas dotée de ressources suffisantes, compte tenu du court délai d'exécution de la stratégie. Les *membres du groupe d'experts* sont particulièrement sévères à cet égard. L'un d'eux a déclaré ce

qui suit : « tenir des activités à court terme au petit bonheur ne nous mènera nulle part, même si on génère un grand nombre d'activités en distribuant des poignées de dollars ». Il semble improbable que l'insuffisance de fonds ait été un obstacle majeur à la réalisation des objectifs de la SRDT.

1.4 Continuité du financement

De nombreux répondants, surtout ceux des provinces et territoires, les intervenants externes et les membres du groupe d'experts, se sont dits préoccupés au sujet de la question de la continuité du financement. On s'entend pour dire qu'il ne faut pas s'attendre à ce que les interventions relatives au tabagisme, surtout celles qui sont axées sur le développement communautaire, donnent des résultats visibles avant trois ans. Pour que l'on puisse constater l'influence des efforts sur la population et, en particulier, les groupes résistants, il faudrait qu'ils durent plus longtemps que la stratégie.

Au dire d'un répondant, on a versé des sommes importantes aux conseils et aux groupes communautaires oeuvrant dans le domaine de la lutte contre le tabagisme, mais on ne leur a pas donné le temps de planifier comment ils dépenseraient cet argent. Maintenant, ces conseils éprouvent des difficultés et risquent de fermer leurs portes. Ce répondant croit que la disparition des conseils donnera lieu à une baisse de la cote de priorité de la lutte contre le tabagisme au Canada. De nombreux intervenants externes sont incapables de déterminer à quel point les groupes communautaires continueraient de travailler sur cette question si le financement de la SRDT devait être interrompu, et un répondant estimait que seulement le quart des groupes poursuivraient leurs efforts de lutte contre le tabagisme. L'absence de continuité minerait les effets possibles de la SRDT.

1.5 Compatibilité avec d'autres programmes

Presque tous les répondants clés au fédéral s'entendent pour dire que les objectifs et les interventions de la SRDT sont compatibles avec d'autres priorités et politiques du Ministère et, dans une certaine mesure, du gouvernement fédéral. Par exemple, on a montré que, dans le cadre de la SRDT, les Premières nations et les Inuit ont acquis la capacité de mener des recherches, ce qui est compatible avec l'objectif de l'autonomie gouvernementale. On a aussi déclaré que la SRDT respecte le rôle du gouvernement fédéral en ce qui concerne le développement des connaissances et l'élaboration de lois. On a néanmoins cerné quelques aspects de la SRDT qui vont à l'encontre de priorités et de politiques d'autres ministères fédéraux. Mentionnons, par exemple, les réductions de taxes du ministère des Finances, les subventions versées par Agriculture Canada à la recherche sur la culture du tabac, la vente de produits du tabac aux détenus par le Service correctionnel du Canada et l'autorisation qu'accorde Patrimoine Canada aux fabricants de tabac de commanditer des événements culturels. On a aussi soulevé le besoin d'établir des liens avec les programmes postnataux s'inscrivant dans l'Initiative pour le développement de l'enfant. Dans la mesure où les aspects incompatibles ou les occasions de synergie n'ont pas été abordés, l'efficacité potentielle de la SRDT est diminuée.

1.6 Conclusion : conception et ressources des programmes

On considère généralement que les initiatives mises en oeuvre dans le cadre de la SRDT respectent les objectifs de la stratégie et les orientations d'ensemble du Ministère et du gouvernement fédéral. Toutefois, on a cerné des lacunes au chapitre de la complémentarité des projets de la SRDT. On attribue cette lacune à l'absence d'un plan global et à la fragmentation de la démarche. Le niveau de ressources initial était généralement perçu comme étant plus qu'adéquat, sauf chez les répondants des collectivités des Premières nations. On s'est dit préoccupé des effets négatifs du financement à court terme. Par conséquent, même si le niveau de financement ne constituait pas un obstacle à la réalisation des objectifs de la SRDT, d'autres questions liées à la conception des programmes étaient source de problèmes.

2. Réalisation des objectifs, impacts et incidence

La présente section examine le point de vue des responsables de programmes et des intervenants clés au chapitre de la réalisation des objectifs de la SRDT. On abordera aussi la question des répercussions imprévues et négatives. Dans l'ensemble, nos données laissent croire que la SRDT est perçue comme n'ayant réalisé qu'un certain nombre de ses objectifs. On signale que c'est au chapitre de l'amélioration des connaissances et des attitudes qu'on a obtenu le plus grand succès, mais on considère aussi que des facteurs externes ont joué. De nombreuses sources de données signalent qu'il est impossible de déterminer ce qui se serait passé sans la SRDT. De plus, on croit fermement que, compte tenu du fait qu'il s'agit d'une initiative de trois ans, les objectifs de la SRDT n'étaient pas réalistes.

2.1 Niveau de priorité de la lutte contre le tabagisme

Un des objectifs de la SRDT consistait à élever le niveau de priorité des mesures antitabac au Canada. Lorsqu'on a cherché à savoir si le niveau de priorité du tabagisme avait évolué au cours de la période couverte par la stratégie, les perceptions étaient mitigées. Comme nous l'expliquons plus loin, même si on a constaté des changements dans le milieu de la lutte contre le tabagisme depuis la mise en oeuvre de la SRDT, on considère que ces changements découlent au moins partiellement d'autres facteurs.

Plus de la moitié des répondants issus de Santé Canada estiment que le niveau de priorité de la lutte contre le tabagisme a augmenté depuis la création de la SRDT. Parmi les exemples fournis pour étayer cette opinion, mentionnons les suivants : couverture médiatique accrue à l'égard des questions liées au tabagisme, nouvelles lois locales et nationales (p. ex. : *Loi sur la vente de tabac aux jeunes*; interdiction de promouvoir les produits du tabac à l'occasion d'événements culturels et sportifs) et mesures d'exécution (par exemple : embauche d'agents chargés de l'exécution de la loi), élaboration de matériaux et établissement de ressources, et augmentation du volume de correspondance de la part du public. La plupart des répondants des provinces et territoires croient aussi que le niveau de priorité de la question du contrôle du tabac a augmenté depuis la création de la SRDT, car certains ministres de la Santé des provinces et territoires

élaborent des politiques, et certaines municipalités et certains secteurs de la santé envisagent l'adoption de règlements visant à désigner des établissements (comme les écoles) comme zones sans fumée.

Tous les membres du groupe d'experts s'entendent pour dire que le milieu du contrôle du tabac a évolué depuis l'établissement de la SRDT et que cette dernière n'est probablement pas responsable d'une grande part de ce changement. Ils signalent aussi que la SRDT a permis de maintenir la place importante qu'occupe la question du tabagisme dans le cadre de la stratégie du gouvernement en matière de santé et a procuré des données qui seront des plus utiles au milieu de la lutte contre le tabagisme et aux coalitions et organismes existants.

2.2 Évolution des attitudes et des connaissances des Canadiens à l'égard du tabagisme

Les répondants clés (du fédéral et des provinces et territoires et les intervenants externes) ont émis diverses opinions en ce qui concerne l'évolution des attitudes et des connaissances du public à l'égard de la consommation de tabac et de la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) depuis la création de la SRDT. La plupart des répondants des provinces et territoires et quelques répondants du fédéral croient que les attitudes et les connaissances à l'égard de la consommation du tabac et de la FTE ont évolué depuis l'établissement de la SRDT, et que cette dernière a contribué positivement à cette évolution. Les répondants signalent que certaines petites collectivités ont changé leurs politiques, que les médias sont davantage sensibilisés à la question, que des ressources ont été créées et que les gens parlent davantage de la question. Quelques répondants sont d'avis que l'adoption de règlements locaux interdisant de fumer dans des endroits publics ont contribué à sensibiliser la population. Certains répondants estiment que les campagnes médiatiques s'inscrivant dans la SRDT et l'adoption du projet de loi C-71[27] ont influé, ne serait-ce qu'un peu, sur les niveaux de sensibilisation et de connaissance des dangers du tabagisme. Cependant, des facteurs autres que la SRDT ont aussi sensibilisé la population, en particulier l'élaboration de lois antitabac provinciales et d'autres activités des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les conseils provinciaux et territoriaux en matière de tabagisme, ainsi que les médias américains. Parmi les personnes qui estiment que les attitudes et les connaissances ont évolué, on considère que c'est au chapitre de la FTE que l'amélioration est la plus marquée. Deux répondants ont qualifié la FTE de « nouvelle question importante » et considèrent que la SRDT a agi comme catalyseur à cet égard. Un autre répondant a déclaré que la campagne médiatique sur la FTE est la plus réussie des campagnes de Santé Canada et qu'elle a influé sur les connaissances et les attitudes du grand public.

Parmi la minorité de répondants du fédéral et des provinces et territoires et d'intervenants externes qui sont d'avis que les niveaux de connaissance et de sensibilisation du public n'ont que peu changé, voir pas du tout, certains ont laissé entendre que le niveau de connaissance des Canadiens était déjà très élevé avant la SRDT. Selon d'autres répondants, les efforts s'inscrivant dans la SRDT auraient dû mettre davantage l'accent sur le comportement des fumeurs que sur

---

27 Le projet de loi C-71, qui réglemente la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac, a été adopté par la Chambre des communes le 6 mars 1997.

l'ensemble du public. On a laissé entendre que les personnes participant directement aux initiatives de la SRDT ont acquis nombre de nouvelles connaissances, mais que ces connaissances n'ont pas été diffusées. Des trois groupes de répondants, les intervenants externes étaient les moins susceptibles de considérer que les connaissances et les attitudes des Canadiens s'étaient améliorées depuis l'établissement de la SRDT. Néanmoins, des répondants de tous les groupes ont déploré l'absence de données permettant de soutenir des conclusions quant à l'efficacité de la SRDT au chapitre de la sensibilisation et des connaissances.

Les Autochtones qui ont participé aux discussions de groupe estiment que les projets communautaires, notamment les ateliers au niveau de la communauté ou du conseil tribal, ont réussi à sensibiliser le public cible aux dangers de l'utilisation non traditionnelle du tabac. On a aussi signalé l'importance de la contribution de la SRDT au chapitre de la mise en valeur du potentiel pour le maintien des efforts de sensibilisation. Des répondants du fédéral ont signalé que la SRDT a permis aux Premières nations et aux collectivités inuit de joindre les rangs de la lutte contre le tabagisme et a encouragé ces collectivités à repenser le rôle du tabac dans leur culture.

Les opinions des membres du groupe d'experts à l'égard de la contribution de la SRDT à l'évolution des connaissances et des attitudes des Canadiens sont mitigées; certains d'entre eux ont déclaré que, même si le niveau initial de sensibilisation du public était élevé, les campagnes médiatiques, les politiques et les activités liées à l'exécution de la loi ont contribué à sensibiliser le public, à l'échelle tant nationale que locale. D'autres estiment qu'il n'y a aucune preuve de changement du niveau de connaissance entre 1994 et 1996 et que les connaissances du public continuent de présenter de grandes lacunes. Pour ce qui est de la FTE, les membres du groupes d'experts ont laissé entendre que, même si les données des enquêtes portent à croire que l'amélioration des connaissances découle peut-être des campagnes médiatiques de la SRDT, il est difficile de vraiment établir le lien.

2.3 Réduction du risque que des jeunes commencent à fumer

Les impacts observés par les répondants du fédéral au chapitre du risque que les jeunes commencent à fumer varient; d'ailleurs, certains répondants n'ont relevé aucun impact. D'autres répondants estiment qu'il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que la SRDT donne des résultats, compte tenu de la réduction des taxes. On a relevé plusieurs facteurs susceptibles d'influer sur ce risque, notamment les suivants : renforcement du lobby antitabac qui incite davantage les jeunes non-fumeurs à vouloir se faire entendre; ressources et programmes communautaires additionnels qui visent les groupes cibles établis dans le cadre de la SRDT (y compris les programmes et ressources orientés en fonction du sexe); et participation d'un grand nombre de joueurs, du gouvernement fédéral jusqu'aux simples citoyens. On est d'avis, même s'il n'est pas possible pour l'instant de cerner l'impact de la SRDT, que la stratégie changera le comportement des fumeurs et réduira le nombre de personnes qui commencent à fumer. Les répondants des provinces et territoires ont aussi signalé que la SRDT a donné une certaine continuité aux efforts de lutte contre le tabagisme aux quatre coins du Canada.

Les impacts signalés par les représentants provinciaux et territoriaux au chapitre du risque que les jeunes commencent à fumer varient aussi. Certains répondants croient fermement que l'objectif consistant à réduire au minimum la consommation de tabac ne pouvait même pas être envisagé, en raison de la réduction des taxes. (Certains répondants des provinces semblaient ignorer que la SRDT avait été mise en oeuvre pour contrer la réduction des taxes.) On a aussi avancé que la stratégie visait simplement à montrer que la réduction des taxes n'avait pas influé de manière considérable sur la consommation de tabac. Parmi les effets à court terme de la stratégie, on a mentionné l'augmentation des pressions exercées sur les fumeurs pour qu'ils cessent de fumer et le besoin reconnu d'offrir un soutien à long terme au chapitre du renoncement au tabagisme. Quant aux effets à long terme, les répondants provinciaux et territoriaux considèrent que les connaissances acquises aideront les personnes qui oeuvrent dans le domaine de la lutte contre le tabagisme en les aidant pendant longtemps à maintenir le statut prioritaire de cette question. Les représentants provinciaux et territoriaux, les intervenants externes et les membres du groupe d'experts doutent de l'efficacité à long terme des projets d'action communautaire, surtout si l'on met fin au financement gouvernemental.

En ce qui concerne l'objectif consistant à réduire au minimum le risque d'une augmentation de la consommation de tabac, les intervenants externes et les membres du groupe d'experts sont d'avis que la SRDT n'a pas été très efficace, en grande partie parce que le prix est un facteur de consommation si important, particulièrement chez les jeunes. Toutefois, les intervenants externes ont cerné un certain nombre de réalisations de la SRTD au chapitre de la réduction du risque d'augmentation de la consommation. Les deux tiers des intervenants externes interrogés conviennent que plus de gens et de groupes communautaires se consacrent à la lutte contre le tabagisme en raison de la SRDT. On considère que la SRDT a réussi à « faire de la lutte contre le tabagisme un mouvement de masse », à établir une infrastructure communautaire et à assurer la participation d'un plus grand nombre de personnes et de groupes aux initiatives liées au contrôle du tabac. On a, cependant, mis en doute la capacité de ces personnes et groupes de poursuivre leurs efforts s'il n'y a pas de financement. Les membres du groupe d'experts partagent l'opinion selon laquelle la SRDT n'était pas en mesure, en raison des prix plus bas, de contrer le risque d'une augmentation de la consommation de tabac dans les groupes plus susceptibles de commencer à fumer ou d'augmenter leur consommation. Ils ont aussi souligné que ce qui semble s'être produit correspond à ce qu'on aurait pu prévoir si la SRDT n'avait pas existé (c'est-à-dire l'augmentation du tabagisme chez les jeunes, qui sont sensibles aux variations du prix). Les membres du groupe d'experts ont donc conclu que la SRDT avait été inefficace à cet égard.

Certains participants autochtones des discussions de groupe considèrent que les projets s'inscrivant dans la SRDT ont entraîné une baisse du tabagisme chez les Autochtones. Au dire de certains participants, la SRDT a influé considérablement sur les bureaux des centres de santé, qui accordent maintenant une plus grande importance aux questions liées au tabagisme. Les répondants fédéraux ont souligné que la stratégie a eu pour effet d'accroître les ressources que les Premières nations et les collectivités inuit peuvent consacrer à la planification de la santé, notamment en ce qui concerne la lutte contre le tabagisme, et la capacité des jeunes des Premières nations et des collectivités inuit de mener des recherches.

2.4 Marginalisation du tabagisme

L'objectif consistant à marginaliser l'usage et la commercialisation de produits du tabac est considéré comme difficile à réaliser, car les médias et autres facteurs vont à l'encontre de cet objectif. Même si certaines sources de données se sont montrées pessimistes à l'égard de cet objectif de la SRDT, d'autres ont cerné des impacts positifs.

Les répondants clés du gouvernement fédéral ont signalé un certain nombre de réalisations de la SRDT au chapitre de la marginalisation du tabagisme, notamment les suivantes : exécution de la *Loi relative à la vente de produits du tabac aux jeunes*; acquisition de connaissances générales par les artisans des politiques et des programmes; et contributions aux lois et règlements relatifs au tabagisme (en particulier les règlements municipaux). D'autres ont laissé entendre que l'objectif consistant à marginaliser davantage l'usage et la commercialisation des produits du tabac n'avait pas été réalisé, car la Cour suprême du Canada a éliminé cette question lorsqu'elle a déterminé que les fabricants des produits du tabac pouvaient légalement annoncer leurs produits. Cependant, un répondant a fait remarquer que le projet de loi C-71, adopté après la décision de la Cour suprême, a contribué à la réalisation de cet objectif. Un autre répondant a souligné qu'il n'avait pas été possible de réaliser cet objectif au moyen d'une campagne médiatique (publicité). Santé Canada a mis à l'essai des annonces qui critiquaient l'industrie du tabac, mais le public n'a pas bien réagi à cette démarche. Les intervenants externes et les membres du groupe d'experts estiment que la SRDT a fait très peu de choses pour marginaliser davantage l'usage et la commercialisation des produits du tabac. Nombre de ces personnes ont critiqué le refus de Santé Canada de s'attaquer à l'industrie du tabac au moyen d'une campagne médiatique. Ces deux groupes de répondants étaient déçus que Santé Canada n'ait pas adopté une approche plus musclée (comme l'ont fait un certain nombre d'États américains, y compris la Californie) face à la publicité de l'industrie. Les membres du groupe d'experts ont conclu que la SRDT a réalisé bien peu de choses au chapitre de la marginalisation du tabagisme, surtout en raison des effets contradictoires des diverses initiatives législatives ou du maintien de l'accès facile des jeunes aux produits du tabac.

La plupart des impacts mentionnés par les répondants des provinces et territoires étaient liés au contrôle du tabac et à la marginalisation du tabagisme. Mentionnons les impacts suivants : naissance d'initiatives antitabac dans des provinces et territoires qui n'en avaient jamais créées avant l'établissement de la SRDT; Plan directeur antitabac et *Loi sur le tabac*; amélioration des activités liées à l'exécution de la loi; sensibilisation à la FTE; et accroissement du nombre de personnes exerçant des pressions pour qu'on adopte des lois sur le tabagisme.

2.5 Impact sur les groupes cibles

Les répondants n'arrivent pas à s'entendre sur l'impact de la SRDT sur ses principaux groupes cibles et sur le rendement de la stratégie face à l'objectif consistant à réduire au minimum le risque d'augmentation de la consommation de tabac par les membres de ces groupes. Selon certaines sources de données, les activités de la SRDT étaient bien ciblées et rejoignaient de

nombreux groupes au moyen de messages précis. Certains groupes cibles en région éloignée n'avaient jamais été visés par des projets communautaires avant l'établissement de la SRDT. On a aussi souligné l'importance de cibler les groupes à risque élevé et les groupes comptant de nombreux fumeurs (p. ex. : les femmes schizophrènes). Quelques répondants du gouvernement fédéral ont déclaré que la SRDT avait été particulièrement efficace en ce qui concerne les initiatives visant les mères et les femmes enceintes. Pour ce qui est des jeunes, certains répondants estiment que la SRDT a permis aux jeunes de participer à la lutte contre le tabagisme et à orienter la conception des programmes qui leur sont destinés. Toutefois, de nombreux intervenants externes estiment que les résultats limités obtenus auprès d'un grand nombre de groupes cibles (y compris les jeunes et les populations démunies) tiennent à la multitude de facteurs qui poussent une personne à fumer. Pour montrer que la SRDT n'a pas réussi à contrer l'impact de la réduction du prix, on a mentionné l'augmentation de la consommation de tabac chez les jeunes. Qui plus est, de nombreux intervenants externes considèrent que les réductions du financement ont miné la capacité de la SRDT de réduire au minimum les risques d'augmentation de la consommation de tabac dans les groupes cibles. Dans l'ensemble, les membres du groupe d'experts ont conclu que la SRDT n'a pas réussi à rejoindre les groupes à risque élevé, qui sont plus résistants. Ils ont aussi signalé l'incapacité des systèmes de contrôle de la SRDT de fournir des données valables sur les groupes cibles de la SRDT.

Un *examen des recherches effectuées* montre que les fonds alloués à la recherche ne visaient que partiellement les groupes prioritaires établis pour la SRDT, car la plupart des projets de recherche visaient le grand public et les jeunes. Peu de fonds destinés à la recherche ont été affectés à des projets visant les femmes ou des groupes prioritaires résistants. Même si certains projets de recherche mettaient l'accent sur des groupes autres que les groupes cibles prévus aux fins de la SRDT, très peu de projets ne visaient pas au moins un groupe prioritaire. Néanmoins, nombre de projets de recherche qui ne visaient pas un groupe cible particulier influeront sur ces groupes.

De plus, certains intervenants externes et tous les membres du groupe d'experts estiment que les effets à long terme des projets communautaires seront limités si on ne déploie pas des efforts significatifs pour divulguer les résultats et les conclusions des projets.

2.6 Résultats à l'échelle internationale

Plusieurs répondants du gouvernement fédéral ont fait état des résultats obtenus par la SRDT à l'échelle internationale, par exemple : élaboration de lois dans d'autres pays; établissement d'un comité de coordination des mesures antitabac en Ukraine; établissement, par l'Organisation mondiale de la santé, d'un cadre de travail permettant d'examiner la réglementation touchant la commercialisation du tabac partout dans le monde; et établissement de liens clés avec d'autres pays.

2.7 Impact des recherches

L'examen des recherches effectuées montre que, dans l'ensemble, les recherches financées dans le cadre de la SRDT ont effectivement procuré des renseignements utiles pour la planification et l'évaluation des autres volets de la stratégie. Cet objectif revêtait une grande importance pour plus de la moitié des projets de recherche examinés, les autres se consacrant à l'amélioration des politiques et des lois. Pour ce qui est des projets qui ne mettaient pas l'accent sur la conception et l'évaluation de programmes ou sur l'élaboration de politiques, la plupart étaient tout de même très liés à la SRDT et à ses objectifs. On estime aussi que les résultats de ces projets influencent déjà la conception de programmes et de lois, ou ont le potentiel de le faire. Dans certains cas, les projets de recherche sortaient des sentiers battus et constituaient une première canadienne, voire même mondiale.

Dans l'ensemble, les personnes interrogées dans le cadre de l'*examen des recherches effectuées* considèrent que les résultats obtenus et les renseignements fournis par les recherches étaient complets, en ce qui concerne les recherches prises dans leur ensemble et leurs groupes cibles. Même si on a repéré des lacunes dans certaines des recherches, on ne les considérait pas comme des faiblesses : on a plutôt fait valoir que les recherches ont permis de les mettre en relief et de repérer de nouvelles avenues pour la recherche. Parmi les domaines où l'on doit approfondir les recherches, mentionnons la FTE et les jeunes immigrants.

À l'occasion des entrevues menées auprès des répondants clés, plusieurs représentants du gouvernement fédéral ont signalé que les recherches effectuées dans le cadre de la SRDT allaient au-delà des normes établies et examinaient le comportement des fumeurs, les facteurs déterminants et la prévention. On a constaté, à la suite d'une analyse comparative, que les annonces élaborées dans le cadre de la stratégie se fondaient sur un volume plus important de recherche que les annonces antérieures, ce qui a permis d'élaborer une campagne plus efficace. On dit que l'Enquête sur le tabagisme au Canada et l'Enquête sur l'usage du tabac chez les jeunes ont fourni d'excellentes données.

Les membres du groupe d'experts, pour leur part, se sont montrés sévères à l'endroit des recherches effectuées dans le cadre de la SRDT. Encore une fois, on a signalé des lacunes importantes au chapitre de la diffusion des renseignements : ils ont mentionné que, dans certains cas, les rapports n'étaient tout simplement pas disponibles; dans d'autres cas, on se contentait de publier un rapport sommaire ou on ne publiait même pas de rapport, et une part importante des recherches commandées n'ont même pas été présentées à des journaux scientifiques. Les membres du groupe d'experts ont aussi critiqué l'absence de fonds affectés à l'utilisation de résultats découlant parfois de plusieurs années de recherche et de millions de dollars d'investissement pour la conception et la mise en oeuvre d'interventions plus efficaces. L'octroi de financement pour les recherches s'inscrivant dans le PNRDS se fondait sur le mérite scientifique, et a entraîné la création de projets qui ne soutiennent pas nécessairement les objectifs de la SRDT. Les réductions du financement ont aussi occasionné la perte de certains projets qui auraient pu se révéler utiles. Qui plus est, les membres du groupe se sont dits

préoccupés par le fait qu'il ne semble pas exister de système permettant de suivre la diffusion des renseignements ou de faire appel aux commentaires des personnes qui utilisent les résultats des recherches.

2.8 Impacts imprévus

Les répondants provinciaux et territoriaux ont mentionné plusieurs impacts négatifs imprévus de la SRDT. Dans certains cas, la structure de financement a eu pour effet de diviser les collectivités et de briser des partenariats. Cette répercussion négative a aussi été mentionnée par plusieurs intervenants. Les répondants des provinces et territoires et les intervenants externes, ainsi que quelques représentants du fédéral, ont déclaré que les conseils et les groupes communautaires oeuvrant dans le domaine de la lutte antitabac éprouvent des difficultés, car l'argent qu'ils ont reçu de la SRDT a été repris; la disparition de ces conseils entraînerait une baisse du niveau de priorité de la lutte antitabac au Canada.

Les intervenants externes ont aussi repéré plusieurs points faibles de la SRDT qui contribuent à un certain nombre de répercussions négatives. Deux grandes faiblesses ont été mentionnées par tous les intervenants interrogés. Premièrement, on a octroyé des sommes importantes aux collectivités pour des périodes trop courtes. Ces organismes n'ont pas l'habitude de traiter des sommes aussi importantes, et ils y étaient mal préparés. De plus, certains organismes ont perdu leurs sources habituelles de financement ou leurs partenaires à la suite de l'obtention de financement de la SRDT et risquent maintenant de disparaître, car ils n'ont plus accès à ce financement. Plusieurs intervenants ont signalé que leur organisme avait mis une part importante de leurs travaux en attente en vue de mettre l'accent sur les priorités de Santé Canada pendant la durée de la SRDT. De plus, on considère comme des lacunes graves la rapidité avec laquelle on a mis en oeuvre la SRDT et le fait que cette dernière n'ait duré que trois ans. Les intervenants externes ont indiqué qu'on n'avait pas consacré suffisamment de temps, dès le début, à l'élaboration d'une stratégie et de plans solides permettant d'affecter les fonds convenablement. Quelques intervenants externes se sont dits très préoccupés à ce sujet et ont laissé savoir qu'ils étaient encore incapables de déterminer si les impacts positifs de la SRDT l'emportent sur ses impacts négatifs.

Les membres du groupe d'experts ont exprimé les mêmes préoccupations, et deux d'entre eux ont déclaré que le nombre important de projets à court terme s'inscrivant dans la SRDT dont l'importance ou l'effet est incertain et inconnu peut, de fait, avoir déstabilisé les milieux de la lutte antitabac. Au dire de ces experts, la SRDT pourrait, à long terme, avoir affaibli la capacité du Canada de lutter contre le tabagisme et se révéler antiproductive.

Une deuxième faiblesse qui entraîne des répercussions négatives est le refus du gouvernement fédéral de céder le contrôle. De nombreux intervenants externes croient fermement que les fonds de la SRDT auraient dû être répartis non pas par Santé Canada, mais bien par un groupe ou un comité objectif et indépendant. Une telle démarche permettrait d'assurer une affectation des fonds qui ne s'appuie pas sur des motifs politiques ou bureaucratiques. Qui plus est, cela

protégerait Santé Canada de la critique et lui procurerait une plus grande souplesse à l'égard des projets et des démarches qui sont adoptées (p. ex. : annonces qui critiquent l'industrie).

2.9 Conclusion

Dans l'ensemble, on estime que la SRDT n'a réalisé qu'un certain nombre de ses objectifs. C'est au chapitre de l'amélioration des connaissances et des attitudes que la stratégie a connu le plus de succès, mais de nombreux facteurs externes ont aussi contribué à ces changements. On a remarqué peu d'effets directs sur le risque d'augmentation de la consommation, car la SRDT n'a pas réussi à contrer les effets négatifs de la réduction des taxes. Toutefois, on a signalé quelques facteurs qui pourraient influer sur l'usage du tabac, notamment une participation accrue des collectivités aux questions touchant le tabagisme, un lobby antitabac plus fort et une plus grande pression exercée sur les fumeurs pour les inciter à cesser de fumer. Parmi les répercussions imprévues de la stratégie, on a mentionné l'affaiblissement des partenariats existants et des infrastructures communautaires.

3. Leçons tirées et solutions de rechange

Dans la présente section, nous aborderons les questions soulevées par toutes les sources de données concernant la mise en oeuvre et la coordination de la SRDT, ainsi que les principales leçons tirées et les solutions de rechange proposées. On a signalé plusieurs problèmes en ce qui concerne la planification et la coordination (notamment avec les provinces et les territoires).

3.1 Mise en oeuvre et coordination de la SRDT

Même si la moitié des représentants fédéraux se sont dits mal placés pour commenter la coordination entre la politique et les programmes ou le rôle joué par la Direction générale des politiques et de la consultation, ceux qui ont émis des commentaires étaient quelque peu divisés lorsqu'est venu le temps de déterminer si la coordination était adéquate. Un peu plus de la moitié des participants qui ont répondu estimaient que la coordination était insuffisante. Un répondant a modéré son propos en ajoutant qu'au cours de la deuxième et de la troisième année, il y avait tellement d'activités qu'il était pratiquement impossible de tout suivre. D'autres répondants ont déclaré que la coordination était dysfonctionnelle, et l'absence d'un plan global a eu pour effet d'isoler les travaux de certaines personnes.

Nombre de répondants fédéraux n'accordaient pas une grande valeur au rôle joué par la Direction générale des politiques et de la consultation (DGPC), et quelques répondants des provinces et territoires l'ont remis en question. Même si l'on n'attribue pas tous les torts à la DGPC en ce qui concerne l'absence de travail d'équipe, on estime néanmoins qu'elle était trop autocratique et tyrannique, attribuant des échéances parfois irréalistes. On a fait valoir que la DGPS ne devrait pas être responsable de la coordination, car elle ne possède pas l'expertise nécessaire pour décider des questions liées au tabagisme. On a relevé des cas de double emploi découlant de l'absence de coordination et de communication. Par contre, certains répondants étaient satisfaits

du rôle joué par la Direction générale des politiques et de la coordination, surtout lorsque venait le temps de s'assurer que les activités entreprises étaient compatibles avec les intérêts du Ministère. On estimait aussi que la coordination entre les directions générales de SC à l'égard de la lutte antitabac s'est améliorée dans le cadre de la SRDT.

Lorsqu'est venu le temps de déterminer si la SRDT avait été coordonnée avec les activités antitabac des provinces et territoires et des ONG, les répondants des gouvernements fédéral et provinciaux-territoriaux ne s'entendaient pas. Cependant, la plupart des répondants sont d'avis que la SRDT a été mise en oeuvre d'une façon compatible avec les activités des provinces/territoires et des ONG. On a assuré la coordination par l'entremise de comités, comme le Conseil canadien sur le tabagisme (Comité de travail sur la promotion, établi de concert avec des partenaires externes), et des provinces, lorsqu'on entamait des négociations en vue de créer des programmes conjoints d'exécution. Un certain nombre de répondants ont souligné que de nombreux efforts ont été déployés pour consulter les provinces et les ONG. Quelques répondants ont déclaré que l'existence de chevauchements n'était pas nécessairement négative, et d'autres ont mentionné que la SRDT avait coopéré avec les provinces au chapitre de la promotion en mettant ses ressources en commun avec celles des provinces qui élaboraient des campagnes complémentaires. Cependant, d'autres représentants des gouvernements provinciaux-territoriaux et fédéral sont d'avis que la mauvaise coordination des activités avec celles des provinces et territoires et des ONG a donné lieu à des chevauchements et au double emploi. Certains répondants des provinces et territoires ont signalé que certaines tentatives de coordination avaient donné des résultats mitigés. On a mentionné que les campagnes médiatiques et les activités liées à l'exécution de la loi étaient particulièrement sujettes à des problèmes de coordination. Nombre de répondants des provinces et territoires étaient d'avis qu'il y avait peu de collaboration dans le cadre de la SRDT : on percevait la stratégie comme une initiative non pas nationale, mais bien fédérale, comme une solution superficielle pour contrer la réduction des taxes. Au dire d'autres répondants, certaines provinces et certains territoires ne savent pas ce que fait le gouvernement fédéral et ne ressentent peut-être pas le besoin de le savoir, puisque certains gouvernements provinciaux-territoriaux sont dotés de politiques et de lois aussi complètes que celles du gouvernement fédéral. Enfin, on a mentionné fréquemment que la vitesse d'exécution et l'absence de planification ont occasionné beaucoup de chevauchements. Dans deux cas (en Ontario et en Nouvelle-Écosse), la SRDT a acheminé un supplément pédagogique dans les écoles, et les ministères provinciaux de la Santé en avaient déjà élaboré un.

On a signalé des problèmes de coordination liés à la réduction des taxes et à la *Loi relative à la vente de tabac aux jeunes*, où l'orientation des provinces et des territoires allait à l'encontre de celle du fédéral. Dans plusieurs cas, les activités provinciales obtenaient de meilleurs résultats que la SRDT, car elles visaient à répondre aux besoins particuliers de leur collectivité.

La plupart des intervenants externes étaient insatisfaits de la coordination entre la SRDT et les activités des ONG et des provinces et territoires. Ils ont aussi signalé que les consultations étaient animées. Plusieurs d'entre eux estiment que les chevauchements découlaient d'une coordination médiocre et de l'absence de partage des renseignements. Quelques intervenants ont signalé que des projets similaires dans une même province avaient obtenu du financement et

qu'en raison du manque de coordination, les responsables des projets ne connaissaient pas l'existence des autres et n'ont pas eu l'occasion de coordonner leurs efforts et de partager l'information en vue d'éviter le double emploi.

Pour ce qui est de la coordination des compétences, des membres du groupe d'experts ont fait remarquer qu'il existe des cas (p. ex., en Ontario) de bonne coopération et de complémentarité entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Toutefois, on a repéré des chevauchements considérables dans certains domaines, et un expert a laissé entendre que la complémentarité des initiatives de la SRDT relevait presque entièrement du hasard.

Les représentants de Santé Canada sont d'avis que la SRDT a influé positivement sur le Ministère, car elle a rehaussé la qualité des discussions sur le tabagisme au sein de Santé Canada, créé des occasions pour les directions générales du Ministère de collaborer plus étroitement et a favorisé une plus grande coordination que dans le passé.

À l'occasion de l'examen des recherches effectuées, plusieurs gestionnaires de projets de recherche ont commenté leurs expériences avec les processus de coordination de la SRDT. Un des problèmes signalés par ces gestionnaires est l'absence de communication : certaines personnes apprenaient que leur projet avait été autorisé par l'entremise de sources indirectes (p. ex. : les médias) au lieu de l'apprendre de Santé Canada. D'autres ont indiqué qu'ils ne connaissaient ni le plafond de dépenses ni l'échéance au moment d'élaborer leur proposition. Les communications entre les responsables de la SRDT et ceux du PNRDS étaient considérées comme médiocres. Certains gestionnaires de projets de recherche rapportent qu'ils ont relevé de jusqu'à quatre agents de projets du PNRDS pendant la durée de leur projet. Même si, dans l'ensemble, les gestionnaires appuient les méthodes de gestion préconisées par le PNRDS, ils croient néanmoins que le processus aurait pu être plus structuré et favoriser une meilleure continuité. D'autres ont laissé entendre qu'on n'avait pas établi une liste des priorités en matière de recherche, car la SRDT a pratiquement fait son apparition du jour au lendemain.

Chez les répondants autochtones, les opinions varient énormément en ce qui concerne la qualité de la coordination assurée par Santé Canada dans le cadre de la SRDT. Ceux qui oeuvraient à l'échelon national ou des conseils tribaux étaient très satisfaits de la gestion de la SRDT. Ils ont affirmé n'avoir éprouvé aucune difficulté à assurer une liaison avec les agents de la DGSM ou à respecter les exigences relatives aux rapports. La plupart d'entre eux étaient satisfaits du financement, sauf qu'ils auraient tous souhaité en recevoir plus. Un des organismes nationaux a eu de la difficulté à recevoir du financement et a dû recourir à une marge de crédit (s'assortissant d'intérêts) jusqu'à l'obtention du financement de Santé Canada. Tous les organismes ont établi une bonne relation de travail avec le personnel de la DGSM, surtout les employés autochtones du Ministère. La plupart d'entre eux ont critiqué le fait que les représentants de la DGSM changeaient constamment de poste, faisant valoir qu'il était difficile pour eux d'établir une relation de travail.

À l'échelon communautaire, par contre, les répondants autochtones se sont dits très insatisfaits en ce qui concerne la gestion de la SRDT par Santé Canada. Les participants ont déclaré qu'on ne les avait pas consultés avant la réception de renseignements sur la SRDT. Ils ont souligné le fait qu'ils sont mieux placés que quiconque pour déterminer les besoins de leur collectivité au chapitre de la santé et que, par conséquent, on aurait dû les consulter avant de mettre en place une stratégie. La plupart d'entre eux n'avaient jamais entendu parler de la SRDT et ignoraient pourquoi on l'avait mise en oeuvre et pourquoi on les avait approchés. Tous les intervenants avaient simplement reçu un message par télécopieur leur disant de « préparer une proposition en vue d'obtenir du financement ».

Ces répondants autochtones étaient insatisfaits des méthodes de versement du financement de la DGSM. Ils ont déclaré devoir dépenser leurs propres fonds pour ensuite obtenir un remboursement. Ce processus exigeait parfois plus de 30 jours, ce qui forçait les communautés autochtones à payer des frais d'intérêt sur leur marge de crédit ou à recourir à d'autres activités de financement provisoire. Ils ont aussi signalé l'insuffisance du financement consacré à une question d'une telle envergure. Tous les participants à l'échelon communautaire étaient d'avis que les aspects liés aux rapports étaient trop exigeants. Ils estimaient que le volume de travail administratif était trop lourd, compte tenu du financement dont ils bénéficiaient. Ils ont aussi déclaré qu'ils avaient l'impression que personne ne lisait leurs rapports puisque la DGSM ne leur a jamais fourni de commentaires. Les participants à l'échelon communautaire ont aussi laissé savoir qu'ils n'avaient pas établi de relations de travail avec les agents de la DGSM. La plupart d'entre eux n'avaient jamais rencontré leur agent de projet, puisqu'ils ne communiquaient que par téléphone ou par télécopieur. Comme l'ont signalé ceux qui évoluent à l'échelon national, les participants qui représentent des organismes communautaires étaient insatisfaits des déplacements fréquents du personnel de la DGSM, ce qui rendait impossible l'établissement d'une relation de travail.

3.2 Leçons tirées

Les sources de données consultées dans le cadre de la présente étude nous permettent de tirer cinq grandes leçons. Premièrement, on doit prévoir un délai de planification et de préparation plus long, au niveau tant des projets que des programmes. L'absence de planification et l'empressement à mettre les projets en oeuvre a gravement compromis la coordination de la SRDT et sa valeur.

Deuxièmement, on s'entend généralement pour dire que, dans le domaine de l'intervention en matière de tabagisme, une période de trois ans est trop courte pour obtenir des résultats significatifs, et les efforts doivent être maintenus pendant une plus longue période pour influencer les comportements. Par conséquent, on devrait élaborer des programmes qui peuvent faire durer leurs ressources pendant des périodes plus longues, même si leur niveau d'ensemble de ressources est plus bas.

Troisièmement, la collaboration et la coordination sont d'une importance cruciale. Les décisions relatives au financement doivent être ouvertes et transparentes. Les groupes cibles devraient

participer aux activités de conception. Les responsables de la SRDT devraient collaborer davantage avec les provinces et territoires et les commissions scolaires afin de mieux cibler les jeunes.

Quatrièmement, certaines personnes estimaient que le financement de la SRDT était trop généreux (lorsqu'on envisageait le niveau de ressources et le délai d'exécution initiaux), surtout à la lumière du fait que le contrôle sur l'affectation des fonds était médiocre. Même si c'était la première fois que le gouvernement fédéral s'engageait d'une manière importante dans la lutte contre le tabagisme, on considérait néanmoins que son engagement financier à long terme n'était pas très encourageant. On estime pouvoir faire plus avec moins d'argent, surtout en ce qui concerne l'utilisation maximale des connaissances acquises.

Enfin, Santé Canada doit consacrer plus de temps et d'énergie à la coordination, ce qui est difficile en raison des divers programmes et cultures du Ministère.

Le volet de la SRDT consacré aux Autochtones nous a aussi permis de constater l'importance de bâtir la capacité et de veiller à ce que les participants prennent les projets en charge. Cela permettra d'assurer la solidité de toute initiative subséquente.

Outre ces leçons générales, un certain nombre de leçons additionnelles ont été cernées par des agents de Santé Canada, des représentants des provinces et territoires, des intervenants externes et des membres du groupe d'experts. Il s'agit des leçons suivantes :

a) lorsqu'on établit un projet communautaire qui vise un groupe cible particulier, il est important d'adopter une démarche globale tenant compte d'une gamme d'enjeux supplémentaires. Par exemple, un projet visant les jeunes devrait envisager des questions comme l'estime de soi, la toxicomanie et les moyens permettant de faire face aux obstacles de la vie;

b) on devrait assurer une surveillance régulière afin de mettre à jour les données relatives à la consommation et à la prévalence;

c) la diffusion des résultats et des conclusions des projets et des recherches sont essentielles à l'obtention d'un impact durable par la stratégie;

d) la mise en oeuvre de stratégies comme la SRDT devrait découler d'une démarche indépendante du gouvernement (intervenants);

e) les projets communautaires sont essentiels pour rejoindre les groupes cibles (mais on doit prouver leur efficacité);

f) lorsque les initiatives visent les populations autochtones, il est important de placer la question de l'utilisation non traditionnelle du tabac dans un contexte d'utilisation traditionnelle;

g) l'établissement d'une infrastructure communautaire prend du temps, et les règles relatives au financement communautaire devraient être souples afin d'aider certaines régions, comme les territoires, où les ONG sont rares.

3.3 Solutions de rechange

La majorité des répondants estime que la Stratégie de réduction de la demande de tabac était le meilleur moyen de réaliser les objectifs établis. Néanmoins, à la lumière des leçons tirées, on a présenté un certain nombre de suggestions concernant le maintien de l'initiative.

Premièrement, on doit améliorer la planification et la coordination, ce qui pourrait être fait en repensant le rôle et le mandat des structures existantes. On suggère des sources parallèles de financement ainsi que des changements au chapitre des responsabilités de Santé Canada. On suggère aussi que les grandes initiatives ministérielles ne soient pas mises en oeuvre pendant les périodes de réorganisation interne. On devrait assurer une plus grande coordination des diverses initiatives s'inscrivant dans la stratégie, ce qui suppose l'établissement de liens plus solides entre les unités nationales de commercialisation et d'exécution de la loi et les agents régionaux d'action communautaire. On doit aussi assurer une plus grande consultation et établir un processus de planification se fondant sur une collaboration réelle avec les provinces et territoires et les grandes ONG du domaine de la santé, surtout lorsque ces partenaires sont dotés de leurs propres programmes.

On doit aussi établir des délais d'exécution convenables afin de permettre aux provinces et territoires de faire fond sur ce qui existe déjà à l'échelon national.

Deuxièmement, les initiatives relatives au tabagisme doivent être constamment revues, révisées et mises à jour en fonction des données qui ont été générées et qui doivent maintenant être analysées et synthétisées. On doit régulièrement mener des enquêtes afin de suivre les tendances. On a laissé entendre que les répercussions de la réduction des taxes ne sont pas encore pleinement connues.

Troisièmement, puisqu'on reconnaît qu'on doit mettre du temps pour changer les comportements d'une manière importante et que les stratégies à court terme ne permettent pas d'obtenir de tels changements, on devrait assurer une planification et un soutien de projets à long terme. Les répondants estiment que la SRDT serait plus efficace si elle était maintenue à long terme et assortie d'un financement soutenu, quitte à ce que le niveau de financement soit réduit. On juge nécessaire d'adopter une démarche à long terme se fondant sur la santé de la population.

Dans l'ensemble, la plupart des répondants croient que l'établissement d'une combinaison de projets s'inscrivant dans une stratégie nationale antitabac qui met l'accent sur la santé de la

population est la méthode la plus efficace. Il est important de se doter d'une stratégie antitabac nationale afin de hausser le niveau de priorité des questions liées au tabagisme. Parmi les éléments essentiels d'une telle stratégie, mentionnons les suivants : législation simple et extrêmement forte (visant l'industrie du tabac et la FTE); mesures d'exécution des lois et affectation de ressources appropriées à cette fin; accent moins prononcé sur le renoncement au tabagisme; accent sur les jeunes et la prévention, mais du point de vue de la santé de la population; coopération et collaboration à l'échelle internationale; plus d'importance accordée à la recherche; et meilleure division du travail entre les gouvernements provinciaux-territoriaux et fédéral. Les projets communautaires sont importants, mais on doit évaluer et faire connaître les meilleures pratiques. La composition des stratégies devrait varier en fonction des besoins et des capacités de chaque province.

Même si on peut considérer que les recherches effectuées dans le cadre de la SRDT ont permis d'obtenir des données de qualité et que les gestionnaires de projets jugent que les résultats et les renseignements obtenus grâce aux recherches sont complets et utiles, on a signalé des lacunes au chapitre de la diffusion des renseignements. Même si on a cerné des écarts dans certaines recherches, on ne les percevait pas comme des points faibles dans le cadre des recherches entreprises, car les objectifs avaient été réalisés ou étaient en voie de l'être. C'est plutôt grâce à la recherche qu'on a pu repérer les lacunes et de nouveaux débouchés pour la recherche. On doit cependant mentionner qu'un volume important de recherche doit être effectué à l'égard des aspects économiques, sociaux et comportementaux du tabagisme.

En ce qui concerne les populations autochtones, on a proposé que la SRDT procure un financement plus élevé ainsi que du soutien à long terme. On recommande aussi qu'une plus grande souplesse administrative soit assurée. On estime aussi qu'il est important d'améliorer la capacité d'évaluation, de partage des renseignements et de suivi à l'égard des activités de recherche.

4. Conclusion

Les principales leçons tirées dans le cadre de la SRDT concernent la planification et la coordination, ainsi que la continuité du programme. On considère que, dans l'ensemble, la combinaison de projets s'inscrivant dans la stratégie était convenable.

Le présent résumé des conclusions concernant les questions touchant l'ensemble de la Stratégie de réduction de la demande de tabac laisse croire que, aux yeux des intervenants de Santé Canada et des milieux de la lutte antitabac qui sont bien informés, la stratégie ne peut être considérée que comme un succès mitigé. Même si des réalisations considérables ont été effectuées au chapitre de la mobilisation communautaire et de la collaboration avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les résultats touchant les connaissances et les comportements à l'égard du tabagisme ne sont pas encore visibles. La stratégie a été victime de problèmes de coordination, et les répondants s'entendent généralement pour dire que la planification était inadéquate et le financement, inutilement élevé. On s'est dit préoccupés par le

fait que les objectifs de la SRDT n'étaient pas réalistes, compte tenu de la période de financement de trois ans.

On a laissé entendre que le succès de la stratégie repose sur l'amélioration de la planification, de la coordination et de la collaboration, notamment avec les provinces et territoires, qui sont déjà dotés d'un nombre considérable de projets antitabac. On doit établir une stratégie à long terme qui adopte la même combinaison de projets que la SRDT et qui adopte une démarche axée sur la santé de la population.

Annexes

Annexe A : Résumé des lois antitabac
Annexe B : Programme d'éducation et de sensibilisation du public
Annexe C : Programme d'initiatives communautaires
Annexe D : Résumé de l'examen des résultats de recherche

Annexe A : Résumé des lois antitabac

Lois	Âge légal	Preuve d'âge	Affichage	Appareils distributeurs
Fédérale (LVTJ)[28]	18	exigé	âge légal	bars/débits d'alcool
Colombie-Britannique *Tobacco Sales Act*	19	pièce d'identité avec photo	mises en garde contre les dangers pour la santé et décalcomanies, en plus de mises en garde contre les dangers pour la santé sur les appareils distributeurs	endroits réservés aux adultes
Manitoba *Loi sur la protection de la santé des non-fumeurs*	18	exigé	fédéral	fédéral
Ontario *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac*	19	pièce d'identité avec photo	- deux affiches de pièces d'identité - mise en garde contre les dangers pour la santé sur les affiches	interdit
Nouveau-Brunswick *Loi sur les ventes de tabac*	19	pièce d'identité avec photo ou deux pièces d'identité*	mise en garde contre les dangers pour la santé	fédéral
Nouvelle-Écosse *Nova Scotia Tobacco Access Act & Regulations*	19	pièce d'identité avec photo	mise en garde contre les dangers pour la santé et âge légal (quatre affiches)	interdit
Île-du-Prince-Édouard *Sales to Minors Act*	19	exigé	âge légal	fédéral
Terre-Neuve et Labrador *Tobacco Control Act*	19	exigé	mise en garde contre les dangers pour la santé**	fédéral

* Les pièces d'identité doivent avoir été délivrées par le gouvernement, et la date de naissance doit y figurer.

** Les prescriptions ou les règlements qui s'appliquent à l'affichage ont depuis été abolis. Les affiches fédérales sont utilisées plutôt, mais l'âge minimum de 18 ans (plutôt que de 19 ans comme dans la province) fait en sorte qu'elles ne sont pas appropriées.

---

[28] Toutes les autres provinces sont censées se conformer à la LVTJ fédérale.

Lois	*Amendes/ suspensions	Détails	Mesures d'application
Fédérale (LVTJ)	pécuniaires	les amendes vont d'un maximum de 1 000 $ pour une première infraction à un maximum de 50 000 $ pour les infractions ultérieures	vérifications de conformité et de surveillance (Ontario)
Colombie-Britannique *Tobacco Sales Act* (TSA)	pécuniaires et suspension	1re infraction : 200 $ 2e infraction : suspension de trois mois 3e infraction : suspension de six mois 4e infraction : suspension de 12 mois	en général, vérifications de conformité suivies de tentatives d'achat chez les détaillants qui ont échoué aux vérifications de conformité; dans certaines régions, inspection seulement
Manitoba *Loi sur la protection des droits des non-fumeurs*	pécuniaires (au commis qui a vendu les cigarettes), suspension en vertu de la *Loi de la taxe sur le tabac*	1re infraction : maximum de 1 000 $ Infractions ultérieures : maximum de 5 000 $	vérifications de conformité
Ontario *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac*	suspension	- contravention de 210 $ au commis qui a vendu les cigarettes - poursuite de l'établissement, amendes pouvant aller jusqu'à 10 000 $ et annulation du droit de vendre des produits du tabac pendant six mois	surveillance
Nouveau-Brunswick *Loi sur les ventes de tabac*	suspension	1re infraction : 120-2 500 $ 2e infraction : jusqu'à 5 000 $ peut conduire à une suspension ou à un révocation du permis	inspections seulement jusqu'ici
Nouvelle-Écosse *Tobacco Access Act and Regulations*	pécuniaires et suspension	1re infraction : jusqu'à 2 000 $ et suspension de sept jours 2e infraction : jusqu'à 5 000 $ et suspension de 3-6 mois 3e infraction : jusqu'à 10 000 $ et suspension de 12-24 mois	vérification de conformité depuis juillet 1996
Île-du-Prince-Édouard *Tobacco Sales to Minors Act*	suspension	1re infraction : 2 000 $ 2e infraction : 10 000 $ + suspension 3e infraction : 10 000 $ + révocation	vérifications de conformité depuis l'automne 1996

Lois	*Amendes/ suspensions	Détails	Mesures d'application
Terre-Neuve *Tobacco Control Act*	pécuniaires et suspension	1re infraction : détaillant (commis), 500 $ (50 $) et suspension de trois mois 2e infraction : détaillant (commis), 2 500 $ (250 $) et suspension de six mois 3e infraction : détaillant (commis), 5 000 $ (500 $) et suspension de neuf mois	inspections et vérifications administratives de la conformité

Annexe B : Programme d'éducation et de sensibilisation du public

Le tableau suivant renferme une liste des projets associés à la SRDT. Ils ont fait l'objet d'une étude de la part de Jamieson, Beals, Lalonde Inc.

TITRE DU PROJET	SOUS-TRAITANT	VALEUR	INTÉRÊT	GENRE
Un cadre de travail : essai du guide général de réduction de la consommation du tabac	Groupe Merlin	79 440	FTE	Ressource
Élaboration de ressources pour les enfants et les familles : « Fumer, c'est mauvais pour vous est vos enfants... »	Canadian Living/Télémedia	419 440	FTE	Ressource
« Retombées » des politiques et programmes antitabac dans le secteur hospitalier	Conference Board du Canada	79 875	FTE	Étude
Atelier de planification stratégique concernant la fumée de tabac dans l'environnement	Kent Consulting	8 584	FTE	Atelier
Programme d'enseignement à distance : mise en place d'un outil fiable et complet de contrôle et de référence concernant le tabac et la lutte au tabagisme, à l'usage des professionnels de la santé, des bénévoles et des profanes participant à des programmes de lutte au tabagisme	Université de Waterloo	127 000	Destina-taires prioritaires	Ressource
Trousse « Vivre sans fumer »	Les Associés de recherche Ekos	58 788	Jeunes/ écoles	Ressource
Enquête sur les attitudes et la conduite des médecins concernant le renoncement au tabac	Association médicale canadienne	209 456	Destinatai-res prioritaires	Étude
Projet « D'un enfant à l'autre » : détermination de l'impact et de la viabilité de l'Approche EA dans certaines écoles primaires et (ou) secondaires de la municipalité régionale d'Ottawa-Carleton; élaboration d'un cadre d'évaluation visant le projet pilote de méthodologie EA; application de la méthodologie EA aux enfants d'une communauté autochtone pour promouvoir la santé au sein de la communauté; application de la méthode EA à une communauté inuit (mise en oeuvre à huit endroits dans le Nord) et évaluation des sites inuit; évaluation de la méthode « D'un enfant à l'autre » dans les écoles d'Ottawa.	Plusieurs fournisseurs	515 241	Destinatai-res prioritaires	Ressource

TITRE DU PROJET	SOUS-TRAITANT	VALEUR	INTÉRÊT	GENRE
À bas le tabac (élaboré par des étudiants, pour les étudiants) : une stratégie de lutte contre le tabac et de promotion de l'activité physique	Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse (ACSEPLD)	22 865	Jeunes/ écoles	Ressource
Préparation du volet « tabac » d'un guide d'entraide pour les jeunes convenant à la communauté autochtone du Canada	Kivalig Consulting	54 033	Destinataires prioritaires	Ressource
Arrêter de fumer : un programme à l'intention des femmes	Association canadienne de santé publique	315 745	Femmes et tabac	Ressource
Les femmes, le tabac et les médias (1989-1992); Images variées : les femmes, le tabac et les médias au Canada (1989-1994) (*remarque : PEAP 12 consiste en la phase I du projet, c'est-à-dire le rapport de l'étude « Images variées ». PEAP 30 consiste en l'étape II, c'est-à-dire la trousse « Réagis face aux médias et sois-en fière »*	Lorraine Greaves	120 631	Femmes et tabac	Recherche
Réseau canadien sur les femmes et le tabagisme (CANWAT) : élaboration d'un réseau « Femmes et tabac » au Canada	Conseil canadien sur le tabagisme et la santé	84 845	Destinataires prioritaires	Réseau
La promotion du tabagisme et les jeunes : étude sur les attitudes et la conduite de l'industrie du tabac (publicité et parrainage)	Institut national du cancer du Canada	48 645	Destinataires prioritaires	Recherche
Ressources périnatales : module de renoncement au tabac pour les professionnels des soins périnataux	Spectra Communications	149 733	Soins prénatals et postnatals	Ressource
Élaboration et mise à l'essai de produits pour cesser de fumer à l'intention des infirmières	Université du Manitoba	89 886	Femmes et tabac	Ressource
Les femmes et le renoncement au tabac : établissement des programmes qu'il faut mettre en oeuvre pour que les femmes puissent cesser de fumer	Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie	86 481	Femmes et tabac	Recherche
Femmes anglophones hautement prioritaires : évaluation complète des besoins des femmes anglophones défavorisées/prioritaires	Centres de recherche en promotion de la santé	260 000	Femmes et tabac	Recherche

TITRE DU PROJET	SOUS-TRAITANT	VALEUR	INTÉRÊT	GENRE
Étude qualitative des différences entre les sexes : le tabagisme chez les préadolescents et jeunes adolescents	Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie/ Université Carleton	75 348	Femmes et tabac	Recherche
Élaboration, application et mise à l'essai des éléments d'un programme pluridimensionnel d'intervention visant à réduire la fréquence du tabagisme et des rechutes chez les femmes durant la grossesse et la période postnatale, aussi bien que chez leur partenaire	Université d'Ottawa	281 268	Soins prénatals et postnatals	Ressource
Guidez vos patients vers un avenir sans tabac : intégration d'éléments centrés sur la femme	Conseil canadien sur le tabagisme et la santé	68 005	Femmes et tabac	Ressource
Série « Les brochures antitabagisme pour les dispensateurs de soins prénatals et post-natals »	Chelsea Group Communications	65 547	Femmes et tabac	Ressource
Évaluation des besoins des francophones et étude des comportements des femmes francophones en matière de tabagisme	Price Waterhouse	216 171	Femmes et tabac	Recherche
Diffusion d'un programme d'abandon du tabac destiné à des femmes autochtones du Manitoba, de l'Ontario et du Québec	Hôpital général de Montréal - Habitudes de vie Santé du coeur	111 070	Femmes et tabac	Ressource
Le soulagement, oui, mais à quel prix? Consommation et usage excessif de substances psychoactives chez les femmes handicapées	Réseau d'action des femmes handicapées	53 977	Femmes et tabac	Ressource
Une vie 100 fumer	Plusieurs fournisseurs	941 456	Destinataires prioritaires	Ressource
La fumée de tabac dans l'environnement : enquête auprès de parents et d'enfants	Associés de recherche EKOS	171 597	FTE	Recherche
À chances égales : les adolescentes, le tabac et l'activité physique	Association canadienne pour l'avancement des femmes, du sport et de l'activité physique	65 683	Femmes et tabac	Ressource
Programme antitabac adapté au sexe : questions et approches	Diane Kinnon Consulting	70 966	Femmes et tabac	Ressource

TITRE DU PROJET	SOUS-TRAITANT	VALEUR	INTÉRÊT	GENRE
Guide « Réagis face aux médias et sois-en fière »	Morrison and Associates	32,000	Femmes et tabac	Ressource

C : Programme d'initiatives communautaires

Voici une liste des projets d'initiatives communautaires ayant fait l'objet de l'étude de Jamieson, Beals, Lalonde Inc.

TITRE DU PROJET	Parrain	Montant	Région	Intérêt
Questions clés inhérentes à la lutte contre le tabac	Association pour les droits des non-fumeurs	1 350 000	Toutes les régions	Questions de politique
Programme national de réduction de la consommation du tabac chez les Inuit : éducation et sensibilisation de la communauté	Pauktuutit Inuit Women's Association	469 110	Toutes les régions	Éducation et sensibilisation du public
Livre sans texte	Aboriginal Women's Association of PEI	24 598	Atlantique	Ressources
Arrêter de fumer : Un programme à l'intention des femmes	Health Heart Nova Scotia	32 550	Atlantique	Programme
Pour un environnement sans fumée (Kings)	Kings Wide Initiative to Stop Smoking (WKITSS)	53 882	Atlantique	Action communautaire
Une approche communautaire pour réduire la fumée de tabac dans l'environnement et pour sensibiliser les gens au problème	Smoke-Free Nova Scotia	44 000	Atlantique	Action communautaire
Vente de tabac aux mineurs dans l'ensemble de la province : une analyse des alliances pour une action contre le tabac	Lung Association of Nova Scotia	89 000	Atlantique	Action communautaire
Une stratégie communautaire touchant la consommation du tabac	Association parents-maîtres d'Association High et St. Michael's	64 275	Atlantique	Recherche
Des écoles et des collectivités sans fumée	District scolaire 14	99 218	Atlantique	Action communautaire
Pour une collectivité qui s'occupe de ses jeunes	Halifax Task Force on Drugs	130 631	Atlantique	Action communautaire
Projet d'étude des besoins des mères fumeuses	Le Centre de prévention TVDS	31 600	Québec	Recherche
Vaincre le tabac à Dauphine	La maison Dauphine	50 347	Québec	Action communautaire

TITRE DU PROJET	Parrain	Montant	Région	Intérêt
Programme d'action contre la consommation du tabac chez les jeunes	YMCA	66 570	Québec	Action communautaire
Implantation du programme « Écoute ton coeur »	Association des intervenants en formation personnelle et sociale	163 436	Québec	Action communautaire
Programme « Adolescents en santé, adultes en santé »	Smokers and Quitters; Bureau régional de santé de Sudbury	42 000	Ontario	Éducation et sensibilisation
Cessons de fumer : un programme pour les femmes à faible revenu des comtés de Lambton et de Kent	Bureau régional de santé de London	46 023	Ontario	Renoncement au tabac
YDIC sans fumée	Kenora Drop-in Centre	92 519	Ontario	Action communautaire
Projet de démonstration visant à prévenir la consommation du tabac chez les enfants et les jeunes des communautés ethnoculturelles	Université Sir Wilfred Laurier	60 480	Ontario	Projet de démonstration
Support for Cessation	The Coalition for a Tobacco-free Peterborough	106 850	Ontario	Action communautaire
Un programme multimédia de promotion de la santé à l'intention des femmes -- le tabagisme et la santé	Université de Waterloo	125 000	Ontario	Élaboration de ressources
Pour des collectivités sans fumée	Algoma Best Start; Council for Tobacco Free Algoma	125 964	Ontario	Action communautaire
Utiliser la technologie de l'information pour joindre les ados -- prévention du tabagisme et renoncement au tabac	Université de Toronto	290 000	Ontario	Ressource
Pas de tabac pour nous, non merci	Bureau de santé de Wellington, Dufferin, Guelph	6 188	Ontario	Action communautaire
Cessons de fumer : programme pour les fumeuses à faible revenu de Niagara	Lung Association, région de Niagara	11 470	Ontario	Programme de soutien
Le groupe d'entraide des ex-fumeurs	Lung Association, comtés de Bruce, de Dufferin et de Grey	30 000	Ontario	Action communautaire

TITRE DU PROJET	Parrain	Montant	Région	Intérêt
Projet novateur d'antitabagisme	Collège des Grands Lacs; Association canadienne-française de l'Ontario	35 000	Ontario	Action communautaire
S'envole la fumée dans la grande région du Sud-ouest	Saskatchewan Community Health	9 000	Man. et Sask.	Action communautaire
Stratégie de réduction de la consommation chez les jeunes	Service de santé de Gabriel Springs	70 000	Man. et Sask.	Action communautaire
Les jeunes éducateurs sanitaires	Health Education Association of Saskatchewan	146 000	Man. et Sask.	Action communautaire
Mesures d'action communautaire de Whitecourt	Alberta Alcohol and Drug Commission	18 538	Alb. et T. N.-O.	Action communautaire
Évaluation des besoins des jeunes	Lesser Slave Lake Indian Regional Council	10 865	Alb. et T. N.-O.	Action communautaire
La fumée de tabac dans l'environnement à Medicine Hat	Tobacco Coalition of Medicine Hat	39 450	Alb. et T. N.-O.	Action communautaire
Pour une région de la capitale sans tabac -- étape 2	Tobacco Free Capital Region (Edmonton)	34 405	Alb. et T. N.-O.	Action communautaire
Centre d'action communautaire contre le tabac	Action on Smoking and Health	74 302	Alb. et T. N.-O.	Action communautaire
Soutien d'évaluation des parrains du projet du PIC	Poundmaker's Lodge Treatment Centre	49 955	Alb. et T. N.-O.	Autre
Programme d'initiatives du Yukon	Public Health and Safety Department -- Yukon College	316 000	C.-B. et Yukon	Action communautaire
Puff and the Travelling Smoking Show (spectacle antitabac itinérant)	Salmo Community Services	4 459	C.-B. et Yukon	Éducation et sensibilisation
Wet Graffiti	Options : Services to Communities Society	39 600	C.-B. et Yukon	Ressource
Programme de renoncement au tabac et de protection de la mère et de l'enfant durant la période périnatale	Comox Valley Perinatal Advisory Committee	99 497	C.-B. et Yukon	Exécution de programmes

TITRE DU PROJET	Parrain	Montant	Région	Intérêt
Pour un Kimberley sans fumée	Towards a Smoke Free Kimberley Committee	87 097	C.-B. et Yukon	Action communautaire

Annexe D : Résumé de l'examen des résultats de recherche

Nom du projet	*Objet*	*Finance-ment*	*Groupe cible*	*Type de recherche*	*Durée (en mois)*	*Achevé ou en cours*	*Couronné de succès**
Direction générale de la protection de la santé							
Contrôle de la conformité avec la réglementation**	1. Contrôler les niveaux de conformité des détaillants avec la *Loi sur la vente du tabac aux jeunes* de même qu'avec les dispositions législatives provinciales sur la vente de tabac aux mineurs. 2. L'information sera utilisée pour mettre sur pied des initiatives d'information à l'intention des détaillants de même que pour cibler des stratégies d'exécution.	69 000 $	Autres : -détaillants	Description : - enquêtes Mise à l'essai d'interventions en matière de protection	21	Achevé	Oui
Nicotine et composantes du tabac et de la fumée de tabac	1. Déterminer les modifications des concentrations de nicotine, d'additifs, de métaux lourds, de pesticides et de composantes de la fumée depuis la récolte du tabac jusqu'à la consommation. 2. Élaborer des méthodes normatives de collecte et d'analyse des produits chimiques dans le tabac ou la fumée de tabac.	1 070 000 $	Grand public : - fumeurs; - non-fumeurs; - gouvernements; - chercheurs; - décideurs. Autres : - fabricants de produits du tabac	Description : - définir la toxicité chimique de marques de cigarettes données; - évaluer les produits qu'on retrouve dans la fumée de tabac et leurs déterminants; - procéder à un examen physique des proportions des diverses parties des feuilles de tabac utilisées dans la fabrication de cigarettes.	22	Achevé	Oui
Étude économétrique — Fiscalité, contrebande et demande de cigarettes au Canada	Évaluer l'impact des réductions de prix et d'autres mesures de contrôle du tabac, par exemple les bandes d'avertissement sur les paquets, les mises en garde pour la santé et la promotion de la santé sur la consommation de tabac	26 000 $	Grand public	Description : - analyse économétrique des données existantes; - examen de séries chronologiques; - examen de la documentation	16	Achevé	Oui

Nom du projet	*Objet*	*Finance-ment*	*Groupe cible*	*Type de recherche*	*Durée (en mois)*	*Achevé ou en cours*	*Couronné de succès**
Direction générale de la protection de la santé							
Enquête sur l'usage du tabac chez les jeunes	Fournir des estimations du nombre de Canadiens qui consomment du tabac, particulièrement les enfants et les jeunes âgés de 10 à 19 ans, relativement à leurs attitudes vis-à-vis du tabagisme et à leur utilisation de produits du tabac.	1 735 000 $	Jeunes	Description : - enquête téléphonique; - enquête directe.	16	Achevé	Oui
Enquête auprès des détaillants	Déterminer la sensibilisation des détaillants à la *Loi sur la vente du tabac aux jeunes* et aux dispositions législatives provinciales relatives à la vente de tabac aux mineurs, de même que la compréhension qu'ils en ont.	136 000 $	Autres : - détaillants	Description : - enquête Mise à l'essai d'interventions en matière de prévention	27	En cours	S/O
Examen législatif et réglementaire/ Plan directeur sur le tabac**	Procéder à un examen de la documentation relatif à l'analyse des restrictions imposées à l'accès des mineurs	564 000 $	Jeunes Autres : - fonctionnaires chargés de préparer le projet de loi C-71, détaillants de produits du tabac	Description : - examen de la documentation	12	En cours	S/O
Enquête sur le tabagisme au Canada	Mesurer les niveaux d'usage de la cigarette au cours de l'exercice 1994-1995 de même que les modifications	1 200 000 $	Jeunes Grand public : - population âgée de 15 ans et plus	Description : - enquête	12	Achevé	Oui
Mise à jour des impacts du tabac sur la santé	Recueillir des données propres au Canada sur les risques de cancer et la mortalité générale qui pourront être utilisées pour élaborer et contrôler des programmes de lutte contre le tabagisme	Pas de financement à proprement parler temps des employés seulement	Grand public	Description : - analyse de données secondaires	8	Achevé	Oui

Nom du projet	Objet	Finance-ment	Groupe cible	Type de recherche	Durée (en mois)	Achevé ou en cours	Couronné de succès*
Direction générale de la protection de la santé							
Estimation des impacts du tabac sur la santé à l'aide de données canadiennes**	Estimer la mortalité ou la morbidité générale imputable aux effets sur la santé du tabagisme actif et passif	193 000 $	Grand public	Description : - analyse de données secondaires	5	Achevé	Oui
Campagne de marketing de l'industrie du tabac	1. Contrôler une campagne menée par l'industrie du tabac à l'aide de pratiques industrielles normatives (suivi, achat, etc.), afin de déterminer l'effet de la campagne sur les attitudes et les comportements vis-à-vis du tabac. 2. Déterminer si la publicité incite les fumeurs à changer de marque, fournit l'information, encourage des personnes à s'initier au tabac ou cautionne le tabagisme.	173 960 $	Jeunes Grand public: - population âgée de 12 à 25 ans	Description : - enquête	4	Achevé	Oui
Conditionnement des produits du tabac**	1. Évaluer le rôle du conditionnement en tant que facteur susceptible d'inciter des consommateurs à acheter des produits du tabac 2. Élaborer un protocole pour l'évaluation du conditionnement. 3. Établir, pour les produits du tabac, un conditionnement qui rendra le produit moins attrayant.	546 000 $	Jeunes	Mise à l'essai d'interventions en matière de prévention	9	Achevé	Oui

Nom du projet	Objet	Finance-ment	Groupe cible	Type de recherche	Durée (en mois)	Achevé ou en cours	Couronné de succès*
Programme national de recherche et de développement en matière de santé							
Tabagisme et maux de dos : un problème de santé	Estimer la mesure dans laquelle le tabagisme peut être associé de façon indépendante à la prévalence, à la fréquence et à l'intensité de maux de dos de même qu'aux invalidités et aux handicaps qui peuvent en résulter, compte tenu de variables confusionnelles éventuelles.	23 793 $	Grand public - adultes Autres : - personnes atteintes de sclérose (induration anormale d'un tissu de l'organisme).	Description : - recherche dans la littérature; - analyse multivariable de la base de données existante sur les maux de dos tirée d'une étude rétrospective de cohortes	12	Achevé	Oui
Évaluation d'une initiative communautaire de lutte contre le tabagisme	Évaluer l'efficacité du programme « Quit and Win Challenge » exécuté dans les comtés de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington.	23 900 $	Autres : - concepteurs de programmes, chercheurs	Description : - étude par observation Mise à l'essai d'interventions en matière de lutte contre le tabagisme	12	Achevé	Oui
Facteurs culturels régissant l'usage du tabac parmi des groupes ethniques	Comprendre : 1. les valeur culturelles et sociales ainsi que les pratiques associées à l'usage du tabac dans chacun des groupes; 2. les modifications de l'usage du tabac qui peuvent être imputées à l'immigration; 3. les perceptions des groupes des risques pour la santé que représente l'usage du tabac ainsi que des difficultés ou des bienfaits liés à l'abandon du tabac.	164 854 $	Groupes récalcitrants prioritaires : - immigrants	Description : - enquête téléphonique; - groupes de discussion	9	Achevé	Oui

Nom du projet	*Objet*	*Finance-ment*	*Groupe cible*	*Type de recherche*	*Durée (en mois)*	*Achevé ou en cours*	*Couronné de succès**
Enquête auprès des législateurs provinciaux et territoriaux concernant les politiques de lutte contre le tabac	1. Déterminer dans quelle mesure les législateurs fédéraux, provinciaux et territoriaux considèrent le tabac comme un produit et comme un danger pour la santé. 2. Déterminer dans quelle mesure ils voient les dispositions législatives et les règlements comme un élément d'une stratégie globale de lutte contre le tabac.	265 381 $	Autres : - groupes de défense et de promotion de la santé intéressés par la lutte contre le tabac.	Description : - enquête; - données consensuelles; - données tirées du guide parlementaire.	16	En cours	S/O
Projet de démonstration et de faisabilité : Prévoir la réduction de la consommation de tabac pour la mise en place d'un traitement efficace chez les détenus, hommes et femmes	1. Examiner les facteurs uniques qui contribuent au tabagisme parmi les membres de ce groupe. 2. Évaluer les mesures de lutte contre le tabagisme auxquelles on a eu recours pour réduire la prévalence générale du comportement.	29 869 $	Groupes récalcitrants prioritaires : - Autochtones Grand public : - collectivités Autres : - détenus hommes et femmes, aînés,	Description : - analyse par autocorrélation - analyse des données secondaires.	15	En cours	S/O

Nom du projet	Objet	Finance-ment	Groupe cible	Type de recherche	Durée (en mois)	Achevé ou en cours	Couronné de succès*
Programme national de recherche et de développement en matière de santé							
Médecine familiale axée sur des interventions de lutte contre le tabagisme personnalisées, assorties d'un counselling téléphonique	Évaluer les interventions de lutte contre le tabagisme dans le contexte de la médecine familiale	199 983 $	Grand public: - patients de médecins de famille Autres : - médecins	Mise à l'essai d'interventions en matière de lutte contre le tabagisme	15	En cours	S/O
Élèves de la huitième année : facteurs qui influent sur la décision de continuer de fumer	Définir les tendances actuelles dans la prévalence du tabagisme de même que dans les schémas d'utilisation des élèves de la huitième année.	76 924 $	Jeunes	Description : - groupes de discussion - entrevues - enquête	15	En cours	S/O
Étude longitudinale des facteurs de risque de cancer du poumon : interaction du tabagisme et de l'exposition en milieu de travail	Étudier la mesure dans laquelle l'exposition en milieu de travail cause le cancer du poumon, et évaluer l'interaction de chaque facteur de risque cerné, d'une part, et du tabagisme, d'autre part	848 383 $	Grand public Autres : - travailleurs	Description : - enquête	34	En cours	S/O
Tabagisme, abandon du tabac, lutte contre le tabagisme et programmes : tests qualitatifs et quantitatifs	1. Recueillir de l'information auprès des fumeurs au sujet des moyens qu'ils entendent prendre pour cesser de fumer et de leur motivation. 2. Obtenir de l'information auprès des fumeurs quant aux raisons qui expliquent leur décision de continuer de fumer et à ce qui pourrait être fait pour les aider à cesser.	199 840 $	Grand public Autres : - particuliers et organismes qui luttent contre le tabagisme	Description : - groupes de discussion - enquête - entrevues	15	Achevé	Oui
Analyse économique des pauvres qui fument au Canada	1. Décrire l'impact du tabagisme sur le niveau de vie des familles. 2. Estimer les effets des augmentations de la taxe sur le tabac sur le tabagisme et le bien-être des familles.	198 714 $	Groupes récalcitrants prioritaires : - petits salariés	Description : - analyse des données secondaires	15	Achevé	Oui

Nom du projet	Objet	Finance-ment	Groupe cible	Type de recherche	Durée (en mois)	Achevé ou en cours	Couronné de succès*
Groupe de désaccoutumance au tabac chez les schizophrènes	Évaluer l'efficacité du programme de désaccoutumance au tabac de l'Alberta Lung Association. On utilisera les résultats pour modifier le programme, afin de répondre aux besoins des schizophrènes.	40 253 $	Autres : - schizophrènes	Mise à l'essai d'interventions en matière de lutte contre le tabagisme	15	En cours	S/O
Validation de l'hypothèse de Cohen	Valider l'hypothèse de Cohen, qui fait du dysfonctionnement un facteur sous-jacent contribuant à l'augmentation du risque de tumeurs néoplasiques en divers points de l'organisme et d'autres effets nuisibles pour la santé, y compris la cardiopathie chez les fumeurs de cigarettes et les personnes que leur profession expose aux agents pouvant causer des lésions aux poumons.	22 159 $	Grand public : - personnes qui ont participé à des recherches et à des projets menés par la Division de médecine pulmonaire et le Département de médecine de l'Université de la Saskatchewan.	Description : - analyse des données secondaires	7	En cours	S/O
Les déterminants de l'intégration de l'approche écologique dans les programmes de lutte contre le tabagisme des organisations de santé publique au Canada	1. Examiner le degré d'intégration de l'approche écologique dans les programmes de lutte contre le tabagisme destinés aux jeunes de six à 17 ans mis en oeuvre par des organisations de santé publique au Canada. 2. Définir les caractéristiques associées à une intégration plus grande de l'approche écologique.	183 671 $	Jeunes Grand public	Description : - enquête	15	En cours	S/O
Évaluation de la prévention des rechutes chez les fumeuses, à la suite d'un accouchement	1. Comparer deux interventions ayant pour but d'aider les femmes à continuer de vivre sans fumer après une grossesse .	199 991 $	Femmes : - femmes qui viennent d'accoucher	Mise à l'essai d'interventions en matière de lutte contre le tabagisme	15	En cours	S/O

* Pour déterminer si un projet a été ou non couronné de succès, on a demandé au gestionnaire du projet de dire si, à son avis, tous les objectifs avaient été atteints et si, par conséquent, il avait recueilli toutes les données nécessaires.

* Ces projets ont également été financés à même les services votés. Le financement indiqué est celui de la SRDT uniquement.

ANNEXE E[29]

ÉLASTICITÉS-PRIX ET DEMANDE DE CIGARETTES

Les gouvernements de la plupart des pays taxent depuis longtemps les ventes de tabac afin d'accroître leurs recettes fiscales. De nombreuses études (Galbraith et Kaiserman (1995), Ministère des Finances (1993), Mummery et Hagen (1996), et Mckraken et Jacobson (1994)) examinent l'effet de la modification des taxes sur les ventes de tabac et, donc, sur les recettes de l'État.

La consommation de la plupart des biens et services diminue avec l'augmentation des prix et vice versa. Les biens et services pour lesquels l'élasticité-prix de la demande se situe entre 0,0 et -1,0 sont des cibles de choix pour la taxation. La plupart des études portant sur l'élasticité-prix à court terme de la demande de tabac rapportent des élasticités à court terme variant entre -0,2 et -0,4. L'imposition du tabac est donc un moyen efficace d'accroître les recettes de l'État. Cependant, comme moyen de réduire la consommation de tabac et, donc, de mettre en oeuvre des programmes de santé, la taxation a une existence beaucoup plus récente.

La prohibition complète ou la pratique de prix (artificiellement) très élevés pour les substances engendrant une dépendance mènent à la formation d'un marché noir (production illicite ou contrebande). En outre, la contrebande massive et la vente illicite de ces substances, qui sont par ailleurs offertes sur le marché légal, entraînent une perte de revenus pour l'État. Par surcroît, la consommation totale de ces substances peut ne pas diminuer autant que l'auraient souhaité les responsables de l'action gouvernementale, ce qui réduirait l'incidence de la hausse des prix du tabac comme instrument de politique de la santé ou de politique sociale.

Le tabac est une substance engendrant une dépendance. Les fortes hausses des prix du tabac observées à la fin des années 80 et au début des années 90 ont favorisé la naissance d'un marché lucratif pour la vente illicite et la contrebande.

On a fait des études d'élasticité-prix pour estimer le rapport quantitatif entre la variation de prix et la consommation totale de tabac. Toutefois, ces études contiennent généralement peu de renseignements utiles sur l'usage du tabac chez les particuliers de groupes cibles.

Dans cette annexe, nous décrivons la notion générale de l'élasticité, nous passons en revue brièvement les estimations de l'élasticité-prix calculées dans diverses études et nous soulignons les limites de ces estimations par rapport à l'évaluation de la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT). Nous présentons ensuite les résultats d'une analyse préliminaire (par province) de l'effet de la variation du prix des cigarettes sur les ventes de ce produit et nous proposons des voies de recherche pour l'avenir.

---

29 L'information contenue dans cette annexe a été fournie par Madhu Joshi & Associates et ne représente pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

La notion de l'élasticité

Fumer la cigarette, la pipe ou le cigare et mâcher ou priser du tabac sont les principaux modes de consommation du tabac. Le consommateur peut acheter des cigarettes sous forme de produit manufacturé ou il peut les rouler lui-même en achetant du tabac et du papier à cigarette. La cigarette de fabrication industrielle est le produit du tabac le plus couramment consommé au Canada. En outre, on peut facilement obtenir des données sur l'usage du tabac en particulier chez les personnes qui fument la cigarette. C'est pourquoi la majeure partie de l'analyse de l'effet de la variation des prix du tabac repose sur des données concernant les ventes de cigarettes.

Les autorités fédérales et provinciales ont toujours recouru à la taxation du tabac pour hausser les recettes publiques. Or, depuis quelque temps, cette taxation vise plus à réduire le tabagisme en rendant l'habitude de fumer plus coûteuse. Du point de vue de la santé publique, l'État aimerait voir la consommation de tabac chuter sensiblement par suite d'une hausse des prix imputable essentiellement à l'augmentation de la sainte taxe. Pourtant, des études montrent que la baisse de la demande de tabac est proportionnellement moindre que la hausse du prix de ce produit. Dans le jargon des économistes, on décrira ce phénomène en disant que *l'élasticité-prix de la demande de tabac est inférieure à un ou à l'unité*. Dans ce cas, lorsque la variation relative (hausse ou diminution) de la consommation est inférieure à la variation de prix (diminution ou augmentation) en termes absolus, les recettes publiques augmentent avec une hausse des prix et diminuent avec une baisse des prix.

L'élasticité-prix de la demande de tabac est supérieure à l'unité si la variation relative (diminution ou augmentation) de la consommation est supérieure à la variation de prix. Dans ce cas, les recettes publiques augmenteront avec une baisse des prix et diminueront avec une hausse des prix. Enfin, l'élasticité-prix de la demande est égale à l'unité lorsque la consommation de tabac varie exactement dans la même proportion que le prix du tabac. Dans ce cas, les recettes de l'État demeurent inchangées, peu importe qu'il y ait une hausse ou une baisse du prix du produit.

Par ailleurs, on peut mesurer l'élasticité de la demande par rapport au prix de produits de substitution. Dans le cas des cigarettes vendues au pays, par exemple, les substituts comprennent le tabac à coupe fine et les produits de contrebande. La hausse du prix des cigarettes entraînera une baisse de la consommation de ce produit, mais elle pourra en même temps provoquer un accroissement de la demande de tabac à coupe fine ou de cigarettes de contrebande. On peut donc calculer l'*élasticité croisée de la demande de cigarettes* par rapport au prix des deux substituts. Toutefois, cette annexe traite surtout l'élasticité-prix de la demande de cigarettes.

Il faut distinguer l'élasticité-prix à court terme de la demande de l'élasticité-prix à long terme. Supposons par exemple que le prix du tabac augmente par suite d'une hausse de la taxe. Les fumeurs occasionnels cesseront probablement de fumer sur-le-champ, tandis que les grands fumeurs vont réduire progressivement leur consommation sur une période de plusieurs années. En outre, proportionnellement moins de jeunes vont se mettre à fumer avec l'introduction de la nouvelle taxe. Autrement dit, l'effet à long terme d'une hausse des prix sur la consommation sera plus grand que l'effet à court terme (c.-à-d. l'effet observé sur une période d'un an, par exemple), ce qui revient à dire que l'*élasticité-prix à long terme de la demande* est plus grande que *l'élasticité-prix à court terme ou à un an*.

Plus l'effet de la variation du prix du tabac sur la consommation prendra du temps à se faire sentir, plus le "décalage d'adaptation" sera long, et plus le rapport entre l'élasticité à long terme et l'élasticité à court terme sera élevé. Alors que la plupart des études rapportent un décalage assez faible de trois à quatre ans entre l'effet à court terme et l'effet à long terme, une infime minorité d'auteurs, tels Collishaw et Galbraith (1992), observent des décalages pouvant atteindre une dizaine d'années. Par ailleurs, dans une étude de Finances Canada (1993) on observe que l'élasticité à court terme peut être supérieure à l'élasticité à long terme, ce qui suppose que les fumeurs vont réduire de manière exceptionnelle leur consommation dans la première année qui suit la hausse de prix, puis se remettront graduellement à fumer plus dans les années suivantes. Nous reviendrons sur ces points plus loin dans cette annexe.

Lorsque les pouvoirs publics haussent la sainte taxe, ils trouvent de toute évidence utile de connaître la valeur de l'élasticité-prix de la demande pour mesurer l'effet de leur action sur la consommation de tabac et, corollairement, sur les recettes publiques. Plusieurs études ont été faites par des économistes pour mesurer l'élasticité-prix de la demande de tabac. Ces études diffèrent entre elles non seulement par la théorie ou le modèle employés, mais aussi par la forme de relation ou d'équation définie pour l'estimation et le genre de données utilisées.

Selon les principes de la théorie économique, la consommation de tabac dépend du revenu disponible, du prix d'achat et de variables généralement non quantifiables, comme les campagnes de publicité visant à encourager ou à décourager le tabagisme. Or, la relation estimée peut être de forme linéaire, logarithmique ou semi-logarithmique. Le choix de la fonction influera sur les estimations de l'élasticité. Ces estimations varieront aussi selon qu'il s'agit de données annuelles, trimestrielles ou mensuelles, de données nationales ou provinciales, ou encore de données chronologiques ou transversales.

Le degré de perfectionnement des méthodes économétriques utilisées pour l'estimation des modèles influe aussi sur les estimations de l'élasticité. Toutefois, malgré les progrès sensibles réalisés dans le domaine, l'estimation par des méthodes économétriques demeure beaucoup plus un art qu'une science. Les praticiens reconnaissent que des méthodes d'estimation puissantes et des spécifications de modèle recherchées ne peuvent remplacer des données de qualité ni une solide conception a priori des valeurs que peut prendre l'élasticité.

Étude sommaire de l'élasticité

Bien que notre connaissance de l'élasticité demeure imparfaite, nous pouvons glaner dans des études antérieures de nombreux renseignements éclairants. Malgré des différences de modèle, de spécification d'équation, de données et de méthode économétrique, nous pouvons dégager de ces études des point communs relativement à la valeur des élasticités. Nous présentons sommairement ci-dessous les résultats d'une analyse critique d'études antérieures portant sur la question; ces résultats sont présentés sous sept rubriques : a) l'ensemble des fumeurs, b) décalage d'adaptation, c) asymétrie des effets de prix, d) élasticité-prix par cohorte, e) contrebande, f) changements structurels, et g) revenu.

(a) L'ensemble des fumeurs : Dans Finances Canada (1993), les résultats d'une étude de l'élasticité montrent qu'aux États-Unis, les élasticités-prix à court terme se situent entre -0,25 et -0,50 et les élasticités-prix à long terme, entre -0,40 et -0,70. Les estimations correspondantes pour le Canada sont -0,30 à -0,40 pour l'élasticité à court terme et -0,60 à -0,80 pour l'élasticité à long terme. Ces estimations impliquent que pour une hausse d'un point de pourcentage du prix du tabac au Canada, la consommation subit une baisse de 0,3 à 0,4 point seulement à court terme et une baisse de 0,6 à 0,8 point à long terme. Par conséquent, si les responsables de l'action gouvernementale visent à réduire la consommation de tabac d'un pourcentage donné, ils devront accroître le prix d'un pourcentage supérieur ou accompagner la hausse de prix d'une vaste campagne anti-tabagisme.

Certaines études, comme celle de Baltagi et Levin (1986) pour les États-Unis et celle d'Informetrica (1992) pour le Canada, donnent des estimations très fortes pour l'élasticité-prix à long terme (-3,1 et -1,6 respectivement). Dans ces études, l'élasticité à long terme est six fois et quatorze fois plus élevée que l'élasticité à court terme, contrairement à ce que l'on observe habituellement (rapport du double au triple). Toutefois, les règles de l'économétrie nous dictent de nous en tenir aux estimations mentionnées précédemment, à moins que des études ultérieures révèlent systématiquement des élasticités plus élevées.

(b) Décalage d'adaptation : Dans les modèles de demande à adaptation partielle, on pose comme principe que la consommation courante de cigarettes dépend de la consommation de l'année précédente, du prix des cigarettes et de celui des substituts, ainsi que du revenu des particuliers. Le coefficient de la consommation avec retards est appelé "coefficient d'adaptation" et il sert à mesurer le délai nécessaire pour que l'effet de la variation de prix se fasse sentir pleinement sur la consommation. Plus la valeur de ce coefficient est élevée, plus la persistance des habitudes de fumer est grande et plus la période où la consommation courante doit s'ajuster entièrement au nouveau prix est longue. Un décalage plus long signifie en l'occurrence que l'élasticité à long terme est beaucoup plus élevée que l'élasticité à court terme.

Un exemple simple éclairera nos propos. Supposons que nous ayons un coefficient d'adaptation de 0,66 et que l'équation qui met en rapport la consommation de tabac, le revenu et les prix soit linéaire. Le coefficient signifie que peu importe la variation du revenu ou des prix, la persistance des habitudes fera en sorte que les fumeurs consommeront les deux tiers de ce qu'ils ont consommé l'année précédente. En outre, à cause de cette persistance, l'effet de la variation du prix des cigarettes prendra 1/(1-0,66) = trois ans environ à se faire sentir pleinement sur la consommation.

La plupart des études rapportent des coefficients d'adaptation dont la valeur varie entre 0,3 et 0,4, ce qui signifie que 70 % de l'effet de la variation du prix du tabac sur la consommation se manifeste dans un délai de 2 à 3 ans. L'étude de Collishaw et Galbraith (1992) sur les pays de l'OCDE fait exception à la règle : on y observe un délai d'adaptation supérieur à 10 ans (la valeur du coefficient est d'environ 0,9). Dans ce cas précis, la persistance des habitudes détermine en majeure partie la consommation courante des cinq prochaines années, les variations de revenu ou de prix ayant peu d'effet dans les circonstances. En revanche, dans une étude plus récente sur le Canada, Galbraith et Kaiserman (1995) ont observé des élasticités à court terme et des élasticités à long terme presque égales, ce qui suppose un décalage d'adaptation pratiquement nul.

Dans l'ensemble, les résultats indiquent que les responsables de l'action gouvernementale doivent attendre deux à trois ans avant de constater l'effet réel d'une hausse des prix du tabac sur la consommation.

Tandis qu'il est normal de penser que l'élasticité à long terme soit plus élevée que l'élasticité à court terme (le décalage d'adaptation se situant entre 0 et 1), une étude de Finances Canada (1993) a observé le contraire, ce qui suppose en l'occurrence que la consommation de cigarettes aurait diminué plus fortement que prévu dans les premières années mais aurait augmenté de nouveau dans les années suivantes pour s'établir au niveau souhaité initialement. Cela suppose un coefficient d'adaptation supérieur à un et, donc, une élasticité à court terme plus grande que l'élasticité à long terme. Cependant, même dans cette étude, l'écart entre l'élasticité à court terme (-0,70) et l'élasticité à long terme (-0,56) n'est pas assez grand pour être jugé incompatible avec les résultats des autres études, qui supposent un décalage moyen de quelques années.

Néanmoins, le fait que l'élasticité à court terme puisse être supérieure à l'élasticité à long terme est intéressant. Il est conforme à la théorie voulant que les consommateurs soient "obligés" de modifier leur consommation immédiatement après la variation de prix, mais reviennent plus tard au niveau de consommation initial. Ce comportement pourrait être différent selon qu'il s'agit d'une baisse ou d'une hausse du prix du tabac. Si le prix baisse, les fumeurs pourront au départ accroître leur consommation, ou les non-fumeurs pourront se mettre à fumer. Or, les uns et les autres se rendront compte assez rapidement qu'ils ne tirent pas une plus grande satisfaction (utilité) de leur nouveau comportement. Ils réduiront donc leur consommation pour revenir au niveau antérieur et ils consacreront les sommes ainsi épargnées à d'autres postes de dépense. Par ailleurs, si le prix du tabac augmente, les fumeurs commenceront par réduire leur consommation. Or, se rendant compte que leur besoin de cigarettes n'est pas entièrement comblé, ils modifieront leurs habitudes de dépense ou s'approvisionneront sur le marché noir pour combler ce besoin. L'achat de cigarettes sur le marché noir a pour conséquence la sous-estimation des ventes légales de cigarettes et la surestimation de la baisse de la consommation.

(c) Asymétrie des effets de prix : La plupart des études supposent la symétrie des effets de prix, c'est-à-dire que l'élasticité-prix est la même pour une hausse comme pour une baisse de prix. Or, Young (1983) suppose des effets de prix asymétriques et obtient une élasticité-prix à court terme de -0,34 dans le cas d'une augmentation de prix et de -0,49 dans le cas d'une diminution, ce qui signifie que les fumeurs sont plus prompts à accroître leur consommation de tabac par suite d'une diminution de prix qu'à réduire leur consommation si le prix augmente.

(d) Élasticité-prix de la demande par cohorte : Coate *et al.* (1981), Harris (1982), Ferrence *et al.* (1991) et Finances Canada (1995) comptent parmi les quelques études qui évaluent des élasticités-prix par groupe d'âge. On y observe que la hausse du prix du tabac a une incidence plus grande sur les adolescents que sur les adultes. Par exemple, dans une étude de Finances Canada (1993), l'élasticité-prix de la demande de tabac est plus élevée chez les adolescents que chez les adultes (-1,0 contre -0,5), ce qui est conforme à la perspective selon laquelle les adolescents disposent d'un budget plus modeste et peuvent plus difficilement absorber les hausses de prix.

(e) Contrebande : L'étude de Finances Canada (1993) a aussi servi à estimer le volume de contrebande auquel on peut s'attendre dans les années à venir. Les auteurs soutiennent que la contrebande s'opère dès lors que la taxe sur le tabac dépasse un certain seuil. Dans ce cas, les fumeurs jugent avantageux d'acheter des cigarettes de contrebande malgré les risques que comporte ce geste. Par contre, lorsque la taxe diminue, l'écart de prix entre les cigarettes vendues légalement et les cigarettes de contrebande se rétrécit et il est donc moins tentant d'acheter de la contrebande. L'étude de Galbraith et Kaiserman (1995) repose sur la même théorie. En effet, ces auteurs concluent que la croissance du marché de contrebande depuis 1987 a eu pour effet de créer deux catégories de cigarettes : les cigarettes taxées et les cigarettes non taxées. Ils estiment les ventes de cigarettes de contrebande et se servent de ces chiffres pour estimer les équations des ventes totales (ventes assujetties à la taxe plus ventes de contrebande). Ils obtiennent des élasticités-prix de -1,0, pour les ventes de tabac assujetties à la taxe, et de -0,40, pour les ventes totales de tabac. Autrement dit, la baisse de consommation en pourcentage est beaucoup moins marquée pour la consommation totale que pour la consommation de marchandises taxées, puisque les fumeurs vont préférer acheter des cigarettes de contrebande si la taxe sur le tabac dépasse un certain seuil. Par conséquent, l'étude de Galbraith et Kaiserman laisse entendre que l'État devrait surveiller le marché noir du tabac pour que ses efforts visant à réduire la consommation de tabac ne soient pas annihilés par le développement en parallèle d'un marché clandestin.

(f) Changements structurels : Par "changements structurels" nous entendons les changements dans des variables autres que le prix et le revenu. Des exemples de ces variables : campagnes de publicité-médias et stratégies pour réduire la demande de tabac. Les changements structurels comprennent aussi les changements de goûts d'une génération à l'autre et l'apparition de nouveaux produits. Les changements structurels s'opèrent continuellement, en dépit de l'action des gouvernements, qui modifient les taxes afin d'influencer les prix. Les effets de ces ajustements structurels se reflètent dans les estimations des élasticités-prix.

Les études qui ont été faites jusqu'à maintenant n'ont pas réussi à distinguer l'effet des changements structurels de celui des prix. La seule tentative pour résoudre cette question a été d'utiliser des variables fictives. Cette technique élémentaire consiste essentiellement à exclure les valeurs aberrantes de l'ensemble des données afin d'obtenir des coefficients de corrélation élevés et des estimations de l'élasticité-prix fiables. Par ailleurs, on recourt à l'analyse de tendance temporelle pour rendre compte de l'évolution graduelle des programmes de lutte contre le tabagisme, comme les campagnes de publicité-médias, le changement des habitudes et les lois interdisant l'usage du tabac dans les édifices à bureaux et les lieux publics. Pour pouvoir distinguer de façon significative l'effet des changements structurels et celui des prix du tabac, il faudra une étude plus poussée qui repose sur des sondages faits à diverses périodes.

(g) Revenu : Jusqu'à maintenant, notre analyse a porté essentiellement sur l'élasticité-prix, car les gouvernements peuvent influencer la consommation de tabac en haussant le prix de ce produit par l'imposition de taxes nouvelles. En outre, si l'attention se porte principalement sur l'élasticité-prix, c'est que plusieurs études n'ont pas réussi à intégrer le revenu comme variable explicative. Parmi les auteurs qui ont réussi à le faire, Galbraith et Kaiserman (1995) obtiennent des estimations de l'élasticité-revenu assez faibles, soit environ 0,2 pour l'élasticité à court terme et 0,4 pour l'élasticité à long terme. De leur côté, les auteurs de l'étude de Finances Canada estiment l'élasticité-revenu de la demande de cigarettes à 0,1 et l'élasticité-revenu de la demande de tabac à

coupe fine, à 0,5. Ces estimations supposent que la majorité des fumeurs ne consacrent qu'une faible proportion du revenu supplémentaire à l'achat de produits du tabac.

Portée et limites des études sur l'élasticité par rapport à l'évaluation de la SRDT

Galbraith et Kaiserman (1995) et Mckraken et Jacobson (1994) ont souligné l'inconvénient d'utiliser des valeurs de l'élasticité-prix calculées uniquement en fonction des ventes légales de cigarettes. Ces études montrent l'importance de considérer toutes les ventes de cigarettes (légales comme illégales) pour examiner l'effet des variations de prix sur la consommation de cigarettes. Par ailleurs, en ce qui concerne les cigarettes vendues d'une manière illicite, il est tout aussi important d'utiliser dans le modèle à estimer des prix et des quantités proches de la réalité.

Voici la liste des facteurs qui déterminent l'existence d'un marché noir pour des produits vendus normalement en toute légalité :

a) des marges bénéficiaires telles qu'elles rendent alléchantes les activités au noir, et les possibilités d'approvisionnement;
b) la crainte de vendre ou d'acheter des produits sur le marché noir et de devoir assumer les peines prévues pour les délits de ce genre;
c) la disposition des consommateurs à acheter des produits sur le marché noir, sous réserve des considérations morales ou autres;
d) la sécurité des approvisionnements;
e) autres facteurs.

L'existence du marché noir crée essentiellement deux marchés interdépendants, avec des prix, des quantités et des caractéristiques propres à chacun. Tout modèle réaliste servant à analyser la relation prix-consommation doit comprendre des variables qui rendent compte des marchés de contrebande aussi bien que des marchés licites.

Deuxièmement, comme nous l'avons mentionné plus haut, les modèles actuels ne renferment pas, en règle générale, des variables qui traduiraient les effets des campagnes anti-tabac ou pro-tabac sur la consommation.

Troisièmement, alors que les modèles d'estimation de l'élasticité-prix actuels sont utiles pour analyser l'effet des variations de prix sur la consommation totale de tabac, ils se prêtent mal à l'étude de l'incidence des prix sur des sous-groupes de la population, p. ex. populations des provinces, membres de groupes d'âge particuliers, ou membres de groupes-cibles particuliers (ex. : jeunes, femmes enceintes, chômeurs, etc.). Autrement dit, les modèles actuels sont peu utiles pour examiner ou prédire l'effet des variations de prix sur le nombre de personnes qui fument. Ce sont essentiellement des modèles macro-économiques, qui ne se prêtent pas à l'élaboration d'une politique globale de lutte contre le tabac.

La SRDT a pour objet principal d'amener les fumeurs à cesser de fumer ou à réduire leur consommation de tabac et de dissuader les non-fumeurs de commencer à fumer. Un autre objectif majeur de la SRDT est de sensibiliser les membres de groupes-cibles (femmes enceintes, jeunes, itinérants, etc.) aux effets néfastes du tabagisme et de la fumée de tabac ambiante sur la santé. De

fait, l'objectif premier de la SRDT est d'amener les membres de groupes à risque à modifier leurs habitudes de fumer.

Pour étudier l'effet des variations de prix sur les habitudes de fumer et la consommation de tabac, on aura besoin de données transversales et de données chronologiques sur le revenu disponible, les habitudes de fumer, les dépenses en produits du tabac (par groupe-cible) et les prix des cigarettes. Des données comme celles tirées des enquêtes SOSIC se prêteraient parfaitement à ce genre d'analyse.

Incidence des prix sur les ventes provinciales de cigarettes

Lorsque les autorités fédérales ont réduit les taxes sur le tabac en 1994, certaines provinces ont fait de même, tandis que d'autres ont maintenu les taxes au même niveau. Ce manque de cohérence a eu pour effet d'élargir davantage les écarts de prix qui existaient pour les cigarettes entre les provinces. Nous étudions ici, pour chaque province, l'effet de ces réductions de taxes sur les ventes de cigarettes en nous servant d'un modèle élémentaire qui met en rapport les ventes de cigarettes par habitant, le revenu disponible réel des particuliers (par habitant) et l'indice provincial des prix réels des cigarettes pour la période de 1981 à 1995. Idéalement, nous aurions dû utiliser comme variable dépendante la consommation de cigarettes par fumeur. Or, en l'absence de données annuelles fiables et cohérentes sur le nombre de personnes qui fument dans chaque province, les ventes de cigarettes par habitant servent de variable instrumentale.

Nous ne disposons pas des données sur les ventes provinciales de cigarettes pour les années 1987 et 1988. Nous avons estimé ces données par une interpolation entre 1986 et 1989. Il se peut que cette approximation influe sur les résultats. Toutefois, en l'absence de données fiables, nous n'avions d'autre choix que de recourir à cette opération.

Le modèle élémentaire ci-dessous a servi à l'estimation des élasticités-prix pour chaque province. Ces élasticités-prix ont été calculées séparément.

$$C_t = \exp^a P_t^b Y_t^g C_{t-1}^d \quad \text{.....(1)}$$

$$\text{Ln } C_t = a + b \text{ Ln } P_t + g \text{ Ln } Y_t + d \text{ Ln } C_{t-1}$$

où C_t est le volume des ventes de cigarettes par habitant pour l'année t, P_t, l'indice des prix réels des cigarettes dans l'année t, Y_t, le revenu disponible réel des particuliers (par habitant) dans l'année t et C_{t-1}, le volume des ventes de cigarettes par habitant pour l'année t-1, a est une constante, b et g, l'élasticité-prix et l'élasticité-revenu à court terme respectivement, et d, le coefficient d'adaptation. L'élasticité-prix à long terme est calculée au moyen du rapport (b/1-d) et l'élasticité-revenu à long terme, au moyen du rapport (g /1-d).

La constante et les élasticités ont été calculées au moyen d'une régression multiple appliquée à la transformation logarithmique de l'équation (1). L'estimation des élasticités-prix s'est donc faite au moyen de l'équation de régression suivante :

$$\text{Ln } C_t = a + b \text{ Ln } P_t + g \text{ Ln } Y_t + d \text{ Ln } C_{t-1} + e \text{ ..... (2)}$$

Si le coefficient d'adaptation, d, est supposé nul, l'équation (2) se ramène à :

$$\text{Ln } C_t = a + b \text{ Ln } P_t + g \text{ Ln } Y_t + e \text{..... (3)}$$

Nous nous servons des deux versions du modèle — avec décalage (équation 2) et sans décalage (équation 3) — pour calculer l'élasticité-prix et l'élasticité-revenu. Les estimations obtenues avec le modèle avec décalage figurent dans le tableau 4.1 et celles obtenues avec le modèle sans décalage, dans le tableau 4.2 (voir à la fin de cette annexe).

Les données couvrent la période 1980-1995. Nous avons calculé les élasticités au moyen des données pour la période 1981-1993 (nous n'avons pas utilisé les données de 1980 parce que nous ne disposions pas du chiffre des ventes pour 1979). L'équation estimée a aussi servi à prévoir les ventes de cigarettes pour 1994 et 1995, c'est-à-dire les deux années qui ont suivi la baisse des taxes sur le tabac et la mise en train de la SRDT. Cette analyse avait pour but de comparer les écarts entre les ventes estimées et les ventes observées pour 1994 et 1995.

Analyse des élasticités provinciales

Les tableaux détaillés de l'analyse (tableaux 4.1 à 4.3) se trouvent aux pages -- à --.

Le tableau 4.1 donne les valeurs estimées de l'élasticité-prix et de l'élasticité-revenu de la demande par province dans l'hypothèse d'un décalage d'adaptation de la consommation de tabac (équation 2). Dans ce modèle, le coefficient d'adaptation est supposé non nul et la valeur de l'élasticité à court terme diffère de celle de l'élasticité à long terme. Celle-ci est égale au quotient de l'élasticité à court terme par un moins le coefficient d'adaptation. Or, étant donné la faible taille de l'échantillon, on peut se demander s'il est possible d'obtenir une estimation fiable du coefficient d'adaptation. C'est pourquoi le tableau 4.2 donne les valeurs estimées de l'élasticité dans l'hypothèse d'un coefficient d'adaptation nul (équation 3). Ce modèle suppose un ajustement immédiat de la consommation réelle de tabac par rapport au niveau souhaité, de sorte que les élasticités à court terme et à long terme sont égales. Le tableau 4.3 présente une comparaison des ventes estimées — calculées à partir des élasticités des deux tableaux précédents — et des ventes observées afin de déterminer lequel des deux modèles produit de meilleures estimations.

L'analyse des résultats figurant dans les tableaux 1 (modèle avec décalage) et 2 (modèle sans décalage) nous permet de tirer les conclusions suivantes :

7. Le coefficient d'adaptation (d) indiqué dans le tableau 1 n'est pas significativement différent de zéro pour toutes les provinces, sauf Terre-Neuve. Et même dans ce cas, il est assez bas (0,156), ce qui dénote un ajustement presque immédiat de la consommation de tabac en fonction du niveau souhaité. Tandis que nous pouvons douter de la justesse de la valeur estimée de d à cause du faible échantillon et nous en tenir uniquement à l'aspect qualitatif ou au signe de la variable, nous pouvons conclure qu'il s'agit d'un décalage d'adaptation plutôt modéré, disons pas plus de deux ans. Cette conclusion est encourageante pour ceux ou celles qui cherchent à formuler des politiques visant à réduire la consommation de tabac par une hausse des taxes.

La faible taille de l'échantillon explique probablement pourquoi on ne peut estimer le décalage d'adaptation. Or, la forte corrélation entre le prix du tabac et la consommation décalée peut être une autre raison, liée à la première. Par exemple, en Ontario et au Québec, les coefficients de corrélation des deux variables sont 0,95 et 0,92 respectivement, ce qui rend difficile l'estimation de l'effet de chacune des variables prise individuellement. Si on disposait d'un échantillon plus grand, la multicolinéarité s'estomperait et on pourrait estimer fidèlement le coefficient d'adaptation. D'ici là, il est sage de supposer l'existence d'un décalage modéré, conformément aux estimations ci-dessus.

2. Le coefficient du prix du tabac, qui est la mesure de l'élasticité-prix, est significatif pour toutes les provinces dans les deux tableaux. Fait à noter, les estimations calculées à l'aide du modèle sans décalage (tableau 2) se rapprochent sensiblement de celles calculées à l'aide du modèle avec décalage (tableau 1), ce qui confirme les valeurs précédentes. La valeur modale des élasticités se situe entre -0,5 et -0,6, ce qui confirme l'observation de l'enquête selon laquelle les élasticités-prix sont sensiblement inférieures à 1.

3. Le coefficient de la variable revenu n'est pas significativement différent de zéro pour une majorité de provinces dans l'un et l'autre tableaux. De fait, il est significativement différent de zéro, avec le bon signe (positif), pour une seule province (Manitoba) selon le modèle avec décalage et pour deux provinces (Manitoba et Nouvelle-Écosse) selon le modèle sans décalage. Dans le cas de ces deux provinces, l'élasticité-revenu est voisine de l'élasticité-prix ou inférieure à elle. Ces résultats sont conformes à l'observation de l'enquête selon laquelle les élasticités-revenu de la demande de cigarettes sont sensiblement inférieures à un.

4. Le fait que la variable prix soit presque toujours statistiquement significative, contrairement à la variable revenu, implique que le prix du tabac est un déterminant de la consommation de tabac plus puissant que le revenu disponible.

Les élasticités contenues dans les tableaux 1 et 2 ont été estimées à l'aide de données qui couvrent une période se terminant en 1993. Dans le tableau 3, les estimations des tableaux 1 et 2 ont servi à estimer la consommation de cigarettes par province pour 1994 et 1995.

L'analyse du tableau 3 révèle que, dans l'ensemble, les deux modèles surestiment la consommation en 1994 et en 1995. Cela peut vouloir dire que les campagnes de publicité-médias et les mesures de restriction de l'usage du tabac dans les lieux publics, de plus en plus nombreuses, annulent l'effet de la baisse du prix des cigarettes. Cette remarque s'applique tout particulièrement à l'Ontario, au Québec, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, qui ont toutes suivi l'exemple du gouvernement fédéral en abaissant les taxes sur les cigarettes pour faire échec à la contrebande.

Deuxièmement, la surestimation est plus forte en 1995 qu'en 1994, ce qui suppose que les campagnes anti-tabac rejoignent de plus en plus de monde au fil du temps ou que le message véhiculé par ces campagnes pénètre plus intensément l'esprit des gens qui fument, les incitant à réduire massivement leur consommation de tabac.

Troisièmement, l'Alberta est la seule province pour laquelle nos deux modèles sous-estiment la consommation réelle pour les deux années. Cela s'explique peut-être par l'attitude générale des Albertains à l'égard du tabagisme et l'efficacité des campagnes anti-tabac dans cette province.

Pistes de recherche pour l'avenir

Lorsque les autorités fédérales ont réduit les taxes sur le tabac en 1994, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario et le Québec ont emboîté le pas, tandis que les cinq autres provinces n'ont pas réagi. Cette différence d'attitude a créé des écarts de prix entre les provinces pour ce qui a trait aux produits du tabac. Ainsi, on pourrait envisager des études où les données provinciales seraient rassemblées en deux groupes selon que la province a suivi ou non l'exemple du gouvernement fédéral dans la réduction de taxes. Ce regroupement produira plus d'observations pour l'estimation de l'élasticité.

Par ailleurs, comme nous l'avons mentionné plus haut, il faudrait disposer de données désagrégées plus pertinentes pour mieux comprendre l'effet des variations de prix sur l'usage du tabac chez des sous-groupes particuliers de la population. On pourrait ainsi mieux connaître l'effet quantitatif des prix sur l'usage du tabac chez les jeunes de 10 à 18 ans, les femmes enceintes et les membres de diverses professions. Les membres de groupes différents n'ont pas le même revenu, ne vivent pas ou ne travaillent pas dans le même milieu et n'ont pas la même attitude à l'égard du tabagisme.

Si on étudiait les différences de réaction à des variations de prix entre ces groupes, on pourrait obtenir de précieux renseignements additionnels qui serviraient à l'élaboration de politiques et de programmes anti-tabac plus réalistes et plus efficaces.

Tableau 1

Résultats de l'estimation de l'élasticité suivant un modèle avec décalage d'adaptation

	Prix			Revenu		Ventes de l'année précédente		
Province	Constante	Élasticité	Valeur T	Élasticité	Valeur T	Élasticité	Valeur T	R^2
Canada	11,634	-0,557	-5,33	-0,208	-0,73	0,053	0,39	0,985
C.-B.	12,656	-0,642	-5,62	-0,076	-0,33	-0,196	-0,91	0,991
Alberta	3,698	-0,332	-2,32	0,317	0,83	0,298	1,17	0,977
Sask.	8,633	-0,566	-10,13	0,147	0,56	0,009	0,15	0,990
Manitoba	4,419	-0,542	-7,59	0,557	2,10	0,038	0,44	0,990
Ontario	13,144	-0,498	-3,20	-0,501	-1,20	0,185	0,79	0,969
Québec	14,100	-0,551	-9,46	-0,478	-2,11	0,057	1,11	0,990
N.-B.	6,694	-0,373	-2,72	0,095	0,18	0,217	1,57	0,969
N.-É.	5,981	-0,563	-9,85	0,467	1,45	-0,041	-0,66	0,984
I.-P.-É.	9,751	-0,460	-9,39	-0,121	-0,37	0,139	1,64	0,983
T.-N.	19,830	-0,583	-10,62	-1,132	-3,90	0,156	2,07	0,981

Équation de régression utilisée pour l'estimation des coefficients :

$$\text{Ln } C_t = a + b \text{ Ln } P_t + g \text{ Ln } Y_t + d \text{ Ln } C_{t-1} + e$$

avec les données des années 1982 à 1993. Nombre de degrés de liberté= 8.

Tableau 2

Résultats de l'estimation de l'élasticité suivant un modèle sans décalage d'adaptation

Province	Constante	Prix Elasticité	Prix Valeur T	Revenu Élasticité	Revenu Valeur T	R^2
Canada	11,458	-0,607	-24,81	-0,123	-0,53	0,987
C.-B.	9,186	-0,556	-28,27	0,092	0,45	0,990
Alberta	7,698	-0,489	-18,45	0,220	0,69	0,978
Sask.	8,831	-0,574	-31,41	0,137	0,73	0,992
Manitoba	5,641	-0,557	-29,09	0,466	2,25	0,991
Ontario	13,697	-0,625	-16,60	-0,348	-1,04	0,973
Québec	12,987	-0,634	-25,24	-0,275	-1,23	0,988
N.-B.	5,789	-0,566	-14,94	0,456	1,15	0,966
N.-É.	5,024	-0,535	-23,63	0,520	2,04	0,986
I.-P.-É.	8,133	-0,543	-19,04	0,198	0,64	0,979
T.-N.	20,888	-0,677	-17,49	-1,080	-3,55	0,975

Équation de régression utilisée pour l'estimation des coefficients :

$$\text{Ln } C_t = a + b \text{ Ln } P_t + g \text{ Ln } Y_t + e$$

Le coefficient d'adaptation est supposé nul dans ce modèle; données pour la période 1981-1993.
Nombre de degrés de liberté =10.

Tableau 3

Ventes de cigarettes observées et ventes estimées au moyen des modèles avec et sans décalage d'adaptation
Par province, 1994 et 1995

Modèle		Avec décalage	Sans décalage		Avec décalage	Sans décalage
	Ventes observées 1994	Ventes estimées 1994	Ventes estimées 1994	Ventes observées 1995	Ventes estimées 1995	Ventes estimées 1995
Province						
Canada	1562	1637	1696	1539	1720	1748
C.-B.	1175	1397	1351	1082	1434	1368
Alberta	1781	1334	1410	1624	1380	1431
Sask.	787	1368	1372	868	1387	1391
Manitoba	1315	1385	1402	1039	1401	1422
Ontario	1665	1638	1863	1704	1830	1945
Québec	1793	1771	1925	1763	1910	1964
N.-B.	1171	1415	1603	1298	1544	1665
N.-É.	1548	1555	1526	1583	1641	1622
I.-P.-É.	1363	1495	1548	1519	1606	1617
T.-N.	816	1281	1330	774	1305	1359